

Opinnäytetyö (YAMK)

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2011

Maarit Sjelvgren

”NÄYTTÖ KÄYTTÖÖN” - KOULUTUSMALLI



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Maarit Sjelvgren

”NÄYTTÖ KÄYTTÖÖN” - KOULUTUSMALLI

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli tuottaa koulutusmalli, jossa näyttöön perustuva tieto siirtyy käytäntöön. Mallin tuottamisessa näkökulmana oli potilaskeskeisyys kosketuseristysosastolla. Tässä kehittämiprojektissa tutkimustehtävinä ovat, miten hoitajat kokevat potilaskeskeisyyden ennen koulutusta ja sen jälkeen.

Kehittämiprojekti liittyy itsenäisenä osana jo loppuneeseen EHYEKS- hankkeeseen (2008 – 2010). EHYEKS- hankkeen aikana suoritettiin hoitohenkilökunnalle potilaskeskeisyyskysely vuonna 2009 Kaskenlinnan sairaalan kosketuseristysosastolla.

Kehittämiprojektissa toteutettiin interventiotutkimus: alkukyselyn valmis data analysoitiin ja selvitettiin hoitajien ammatillista asennetta iäkkään potilaan hoitamisessa, iäkkään potilaan toimintakyvyn ja hoidon tarpeen arvioinnissa, hoitotyön tavoitetta ja potilaan hoitamista sekä hoidon arviointia sekä hoitajien käsityksiä potilaskeskeisyydestä Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen kosketuseristysosastolla.

Kyselylomakkeen aihealueista tehtiin kirjallisuuskatsaus ja järjestettiin hoitohenkilökunnalle koulutusta osastotunneilla. Koulutusten jälkeen suoritettiin uusintakysely, joka tehtiin samalla kyselylomakkeella. Uusintakyselyssä maalisi- huhtikuun vaihteessa 2011 selvitettiin, miten koulutus on vaikuttanut.

Alkukyselyn tulosten perusteella hoitajien ammatilliseen asenteeseen hoitopäätöksen tekemisessä, potilaiden ja omaisten kohtelussa sekä hoitotyön tuloksien vastuusta tarvittiin koulutusta. Iäkkään potilaan toimintakyvyn arviointiin tarvittiin keinoja, kokonaisuutena hoitotyön prosessiin tarkennusta sekä potilaskeskeisyyden käsitteiden ja merkityksen selventämistä. Interventiossa tuotiin näyttöön perustuva tieto hoitotyöntekijöille sekä sanallisesti että kirjallisesti osastonhoitajan kautta.

Uusintakyselyn perusteella ajankohtaisia kehittämistarpeita löytyi hoitohenkilökunnan oppimisen ja osaamisen näkökulmasta tuotteistamisosaamiseen, taloudellisuusnäkökulmasta tilauskäytännön täsmentämiseen, asiakasnäkökulmasta omaisyhteistyöhön osaamishaasteina vuorovaikutus-, viestintä- ja sosiaaliset taidot ja prosessinäkökulmasta hoitotyön prosessin hallintaan. Koulutusmallissa hoitajien edellytetään osaavan käyttää ja soveltaa tutkimukseen perustuvaa tietoa käytännön hoitotyössä.

Kehittämiprojektin tuotoksena syntyi ”Näyttö käyttöön”-koulutusmalli.

ASIASANAT:

Potilaskeskeisyys, kosketuseristysosasto, iäkkäät potilaat, hoitohenkilökunta, koulutusmalli.

Maarit Sjelvgren

“BEST PRACTICES” – THE TRAINING MODEL

The development objective of the project was to produce a model, where evidence-based information is transferred into practice. The model to produce the perspective of the patient centredness of the contact isolation ward. This development project, the research tasks are, how nurses perceive patient centredness, before and after training.

The development project is connected with the EHYEKS project (2008-2010) which has ended as an independent part. During the EHYEKS project a questionnaire of patient centredness was performed with the isolation ward of the hospital of Kaskenlinna to the nursing staff in 2009.

In the development project, an intervention study was carried out: the ready data of the Initial Questionnaire was analyzed the nurses' vocational attitude the objective of the need for the ability to function and the care of the old patient in the evaluation, of nursing and taking care of the patient and the evaluation of the care and the nurses' ideas of the patient centredness and was clarified in the taking care of the old patient on the isolation ward of the social services and health action of the town of Turku.

A literature look was made from the subject matters of the questionnaire and education was arranged for the nursing staff in the department hours. After the educations, a renewal inquiry which was made with the same questionnaire was taken. In the renewal inquiry it was clarified at the turn of March to April 2011 how the education has had effect.

On the basis of the results of the Initial Questionnaire in the making of the care decision the patients in the treatment of close relations and the results of the nursing from the responsibility education were and needed for the nurses' vocational attitude. Means were needed for the evaluation of the ability to the function of the old patient, as a whole a focusing and the clarifying of the concepts of the patient centredness and of significance to the process of the nursing. The information which is based on display was brought both verbally and in writing through the departmental head to the care workers in the intervention.

On the basis of the renewal inquiry there were current development needs: from the point of view of the learning and know-how of the nursing staff for the making know-how a marketable product, from the economy point of view for the specifying of the order practice, from the customer point of view to co-operation with relatives such as know-how challenges interaction, communication and social skills and from the process point of view to the control of the process of the nursing. It is required that the nurses can use in the training model and know-how to apply in the practical nursing the knowledge which is based on the study.

KEYWORDS: Patient centredness, the isolation ward, old patients, nursing staff, the training model.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	7
3 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOIMINTAYMPÄRISTÖ	8
3.1 Vetovoimaista vanhustenhuoltoa Turkuun	8
3.2 Pitkäaikaissairaanhoido	8
3.3 Kosketuseristys	9
3.4 Kosketuseristysosaston luonne	10
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUSTAVAT	11
4.1 Kyselylomake	14
4.2 Operationaalistamismenetelmä	15
4.1 Kyselyn toteuttaminen	17
4.2 Kyselyn analyysit	17
4.3 Määrällisen aineiston teorianmuodostus	18
4.4 Evaluointi	18
5 POTILASKESKEISYYS KÄSITTEENÄ	19
5.1 Potilaskeskeisyys - käsitteenä	19
5.2 Potilaskeskeisyys tutkimusten mukaan	20
6 KOULUTUSINTERVENTION LÄHTÖKOHDAT	26
6.1 Potilaskeskeisyys- mittari	26
6.2 Potilaskeskeisyys hoitajien kokemana ennen koulutusinterventiota	27
7 KOULUTUKSEN TOTEUTUS	42
7.1 ENSIMMÄINEN KOULUTUSKERTA	43
7.2 TOINEN KOULUTUSKERTA	49
7.3 KOLMAS KOULUTUSKERTA	52
7.4 NELJÄS KOULUTUSKERTA	54
7.5 Potilaskeskeisyys hoitajien näkökulmasta koulutuksen jälkeen	55
7.6 Muutokset tuloksissa	87
7.7 Koulutusintervention toteutus – eli saatiinko toivottu tulos	96
7.8 Koulutusintervention palaute	100
8 KEHITTÄMISPROJEKTIN KOULUTUSMALLI	100
9 EETTISET KYSYMYKSET JA LUOTETTAVUUS	104
10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA JOHTOPÄÄTÖKSET	106
LÄHTEET	110

LIITTEET

Liite 1. Ensimmäinen koulutuskerta

Liite 2. Toinen koulutuskerta

Liite 3. Kolmas koulutuskerta

Liite 4. Neljäs koulutuskerta

KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämiprojektin toteutus vaiheittain	12
Kuvio 2. Kvantitatiivisen tutkimuksen kulku	13
Kuvio 3. Operationaalistamismenetelmä kyselylomakkeen aihealueiden mukaan	15
Kuvio 4. Hoitohenkilökunnan koulutuskerrat ja niiden sisältö	17
Kuvio 5. Potilaskeskeisyyteen vaikuttavat tekijät (Mead & Bower 2000)	21
Kuvio 6. Ammatillisen vuorovaikutuksen periaatteet (Nousiainen & Piekkari 2007)	44
Kuvio 7. Toimintakyvyn arvioinnin konteksteja (Lönnroos 2009)	46
Kuvio 8. Kehittämiprojektin koulutusmalli "Näyttö Käyttöön"-koulutusmalli	101

TAULUKOT

Taulukko 1a. Hoitajien ammatillinen asenne iäkkään potilaan hoitamisessa	27
Taulukko 1b. Hoitajien ammatillinen asenne iäkkään potilaan hoitamisessa	28
Taulukko 2a. Iäkkään potilaan toimintakyvyn arviointi	29
Taulukko 2b. Iäkkään potilaan toimintakyvyn arviointi	30
Taulukko 3a. Iäkkään potilaan hoidon tarpeen arviointi	31
Taulukko 3b. Iäkkään potilaan hoidon tarpeen arviointi	32
Taulukko 4a. Iäkkään potilaan hoitotyön tavoite	33
Taulukko 4b. Iäkkään potilaan hoitotyön tavoite	34
Taulukko 5a. Iäkkään potilaan hoitaminen	35
Taulukko 5b. Iäkkään potilaan hoitaminen: kotiuttaminen	36
Taulukko 6. Iäkkään potilaan hoitotyön arviointi	38
Taulukko 7a. Potilaskeskeisyys	39
Taulukko 7b. Potilaskeskeisyys	40
Taulukko 8a. Hoitajien ammatillinen asenne iäkkään potilaan hoitamisessa	56
Taulukko 8b. Hoitajien ammatillinen asenne iäkkään potilaan hoitamisessa	58
Taulukko 8c. Hoitajien ammatillinen asenne iäkkään potilaan hoitamisessa	60
Taulukko 8d. Hoitajien ammatillinen asenne iäkkään potilaan hoitamisessa	61
Taulukko 9a. Iäkkään potilaan toimintakyvyn arviointi	63
Taulukko 9b. Iäkkään potilaan toimintakyvyn arviointi	65
Taulukko 9c. Iäkkään potilaan toimintakyvyn arviointi	66
Taulukko 10a. Iäkkään potilaan hoidon tarpeen arviointi	68
Taulukko 10b. Iäkkään potilaan hoidon tarpeen arviointi	69
Taulukko 11 a. Iäkkään potilaan hoitotyön tavoite	71
Taulukko 11b. Iäkkään potilaan hoitotyön tavoite	72
Taulukko 11c. Iäkkään potilaan hoitotyön tavoite	73
Taulukko 11d. Iäkkään potilaan hoitotyön tavoite	74
Taulukko 12a. Iäkkään potilaan hoitaminen	75
Taulukko 12b. Iäkkään potilaan hoitaminen	76
Taulukko 12c. Iäkkään potilaan hoitotyön kotiuttaminen	78
Taulukko 13a. Iäkkään potilaan hoitotyön arviointi	79
Taulukko 13 b. Iäkkään potilaan hoitotyön arviointi	80
Taulukko 14a. Potilaskeskeisyys	82

Taulukko 14b. Potilaskeskeisyys	83
Taulukko 14c. Potilaskeskeisyys	85
Taulukko 14d. Potilaskeskeisyys	86

1 JOHDANTO

Ihmisarvoinen vanhuus edellyttää tietoisia arvovalintoja, jotka konkretisoidaan toimintasuunnitelmissa ja talousarvioissa palveluiden määrällisiksi ja laadullisiksi tavoitteiksi. Ikäihmisten palvelujen uusituslaatusuosituksessa otetaan huomioon ikääntymispolitiikan ajankohtaiset valtakunnalliset suositukset. Väestön ikääntyessä on koko yhteiskunnan sopeuduttava iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Ikärakenteen muutokseen varautumiseksi kuntia ohjataan laatimaan ikääntymispoliittinen strategia. Suomen perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava potilaiden perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen, kuten oikeus yhdenvertaisuuteen ja välttämättömään huolenpitoon. (STM 2008.)

Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksia pidetään tärkeinä työvälineinä kunnissa: mitä enemmän konkreettisia tavoitteita laadun kehittämiseksi suosituksissa esitetään, sitä käyttökelpoisempina niitä pidetään. Erityistä huomiota arviointien mukaan on kiinnitettävä huomiota suositusten toimeenpanoon. Toimeenpanoa voidaan valmistaa koulutuksella. Esimerkiksi uusimpana ravitsemussuositukset, joissa ateriat-aikojen tulee jakautua tasaisesti pitkin päivää. (VRN 2010.)

Kehittämishanke liittyy itsenäisenä osana Kaskenlinnan sairaalassa toteutettuun ”Elämän hyvä ehto Kaskenlinnan sairaalassa” (2008 - 2010) EHYEKS – hankkeeseen, joka päättyi vuonna 2010. Kosketuseristysosastolla suoritettiin vuonna 2009 kysely siitä, miten potilaskeskeisyys toteutuu hoitajien näkökulmasta. Kehittämishanke eteni ammatillisena tutkimuksena, joka on yhtäältä soveltavaa tutkimusta ja toisaalta käytännöllistä tutkimus- ja kehittämistoimintaa, jossa luodaan jotain uutta tai parannetaan olemassa olevaa mallia tai ratkaisua. Lähtökohtana on tiedonkehittämisen intressi potilaskeskeisyydestä iäkkäiden potilaiden hoitamisessa. Kehittämishankkeeseen kuuluva soveltavan tutkimuksen osuus toteutettiin interventiotutkimuksena.

Ikäihmisten palvelujen uusituslaatusuosituksessa kuvataan myös henkilöstön työhyvinvoinnin lisäämistä ja gerontologisen osaamisen kehittämistä.

Gerontologinen asiantuntemus on hoitotyön erikoisala, jossa yhdistyvät hoitotyön arvot, tieto, menetelmät ja gerontologinen tieto. ”Asiakaslähtöisyys” on hyvän hoidon ja palvelun keskeisenä osatekijänä. Henkilöstön osaaminen on varmistettava täydennyskoulutuksella. Työyksikössä laaditaan koko henkilöstöä koskeva lyhyen ja pitkän aikavälin koulutussuunnitelma. Otetaan huomioon työn tarkoituksenmukaisuus, työkäytäntöjen ja henkilöstön osaamisen uudistaminen. (STM 2008.) Kehittämiprojektin tavoitteena oli kiinnittää huomiota ammatilliseen asenteeseen iäkkäiden potilaiden hoitamisessa. Lisäksi tavoitteena oli saada käsitys siitä, mitä potilaskeskeisyys on iäkkään potilaan hoitamisessa hoitajien näkökulmasta ennen koulutusta ja sen jälkeen.

Näyttöön perustuvassa toiminnassa on keskeistä uusimman tutkimustiedon hyödyntäminen. Kun näyttöön perustuvat toiminta toteutuu käytännössä, yhdistyy paras saatavilla oleva tutkimusnäyttö, tieto potilaan tarpeista, toiveista, mieltymyksistä, työntekijän kliininen asiantuntemus ja organisaation voimavarat. (Cullum 2000, 30.) Kehittämiprojektin tarkoituksena oli tuottaa koulutusmalli, jossa näyttöön perustuva tieto siirtyy käytäntöön. Malli pohjautuu kirjallisuuskatsaukseen potilaskeskeisyydestä. Mallin tuottamisessa näkökulmana oli potilaskeskeisyys kosketuseristysosastolla.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli tuottaa koulutusmalli, jossa näyttöön perustuvat tieto siirtyy käytäntöön. Mallin tuottamisessa näkökulmana oli potilaskeskeisyys kosketuseristysosastolla.

Tässä kehittämissuorituksessa tutkimustehtävinä ovat:

1. Miten hoitajat kokevat potilaskeskeisyyden ennen koulutusta?
2. Miten hoitajat kokevat potilaskeskeisyyden koulutuksen jälkeen?

3 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

3.1 Vetovoimaista vanhustenhuoltoa Turkuun

Kehittämishanke liittyy itsenäisenä osana EHYEKS- hankkeeseen, joka oli Turun ammattikorkeakoulun koordinoima, alueellinen T&K 'tutkimus ja kehitys' toimintaan perustuva "Vetovoimaista vanhustenhuoltoa Turkuun". Hankkeessa oli keskiössä henkilöstön hyvinvointi ja jaksaminen sekä työssä viihtyminen. Alan vetovoimaisuutta pyrittiin lisäämään rakentamalla uudesta Kaskenlinnan sairaalasta nimenomaan vetovoimainen sairaala. Työorganisaatioiden muutoksessa korostui jatkuva kehittäminen ja oppiminen, jolloin hoitajien edellytettiin osaavan käyttää ja soveltaa tutkimukseen perustuvaa tietoa käytännön hoitotyössä ja hoidolliseen tutkimukseen tuli olla mahdollisuudet. Organisaatioissa tulee olla integroituna menetelmiä hoitajien jatkuvaan oppimiseen, jossa keskeisiä haasteina ovat vuorovaikutus-, viestintä- ja sosiaaliset taidot. (Kantola 2010.)

3.2 Pitkäaikaissairaanhoito

Kaskenlinnan sairaalassa potilaan yksilölliset tarpeet, tavat ja tottumukset ovat hoidon suunnittelun lähtökohtia. Keskeisinä periaatteina hoidossa ovat omatoimisuuden ja omien voimavarojen ylläpitäminen. Pitkäaikaissairaanhoitoon potilas tulee silloin, kun hoito kotona tai vanhainkodissa ei enää ole mahdollista. Päätöksen pitkäaikaissairaanhoitoon tekee ylilääkäri. Tämän jälkeen potilassiirrosta vastaavat pitkäaikaissairaanhoidon sosiaalityöntekijät. Periaatteena on pyrkimys mahdollisimman hyvään potilashoittoon, jolla säilytetään loppuelämän hyvä laatu. Elämän loppuvaiheessa toteutetaan saattohoitoa. (Rajala 2010.)

Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen geriatriseen sairaalahoidon yksikköön kuuluu kosketuseristysosasto. Siellä hoidetaan potilaita, joilla on merkittäviä bakteerikantoja, joiden hoitaminen vaatii kosketuseristyshoitoa. (Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen vuosikertomus 2010.) Kaskenlinnan sairaalan kosketuseristysosastolla hoidetaan vanhus- ja/tai

pitkääaikaispotilaita, koska heillä on antibiooteille vastustuskykyinen bakteeri. Eristysosastolla on 29 hoitajaa. Yksikön toiminnan johtajana ja vastuuhenkilönä toimii osastonhoitaja. (Kaskenlinnan sairaalan eristysosasto 2010.)

Geriatrisen sairaalahoidon ja kosketuseristysosaston toiminta-ajatus on vanhuksen terveydentilan ylläpitäminen ja palauttaminen oikea-aikaisella sairaanhoidolla niin, että vanhus pystyy palaamaan kotiinsa itsenäisesti tai kotihoidon avun turvin. Pitkääaikaissairaanhoidon tavoitteena on potilaan toimintakyvyn edistäminen tai ylläpitäminen paljon hoivasairaanhoitoa vaativilla potilailla. Potilaat hoidetaan tiukennetun kosketuseristuksen hoitokäytäntöjen mukaan. (Koponen 2010.)

3.3 Kosketuseristys

Kosketuseristuksen tarkoituksena on katkaista kosketustartuntatiet. Sitä käytetään tavanomaisten varotoimien lisäksi potilailla, joilla tiedetään tai epäillään olevan suoran tai epäsuoran kosketuksen välityksellä leviävä mikrobi. Olennaista on huolellinen käsihygienia, suojainhoito, erityisesti suojakäsineiden oikea käyttö ja aseptinen työskentely. Tiukennettu kosketuseristys toteutetaan hoidettaessa MRSA (Metisilliiniresistentti *Staphylococcus aureus*)-, VRE (Vankomysiini resistentti enterokokki)- tai moniresistentti gram-negatiivista sauvabakteerin kantajaa. Tiukennettu kosketuseristys ei saa olla esteenä potilaan hoidon edellyttämiin tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin. (Vsshp 2010.)

Tiukennetussa kosketuseristyksessä oleva potilas on yhden hengen huoneessa, jossa on oma WC ja suihku. Sulkutila ei ole välttämätön, mutta suositeltava. Potilas ei saa poistua huoneesta. Jokaisen potilaan hoidon perustana pitää olla tavanomaiset varotoimet, kuten oikea käsihygienia, oikea suojainten käyttö, oikeat työskentelytavat sekä pisto- ja viiltohaavojen välttäminen. Osasto varaa eristyshuoneeseen potilasta varten huonekohtaiset tarvittavat välineet verinäytteenottoa varten, kuten staassin, ohjaimen verinäytteenottoon, särmäjäteastian neulojen keräämiseksi, kuumemittarin sekä stetoskoopin. Jätteet käsitellään sairaaloiden jätteiden käsittelyohjeiden mukaan. Huoneen siivouksessa noudatetaan erillisohjeita. Vierailijoita ohjataan hyvään käsihygieniaan. Käsihuuhteluainetta käytetään yksikköön tultaessa ja

sieltä poistuttaessa sekä tarvittaessa vierailun aikana. Kosketuseristyksessä olevan potilaan hoito keskitetään mahdollisuuksien mukaan samoille työntekijöille. (Vsshp 2010.)

Kosketuseristysosastolla noudatetaan hyvän hoidon periaatteita, Käypä hoito – suosituksia. Eristyspotilaan huone on potilaan koti, josta pidetään huolta. Työvuoron alussa käydään katsomassa ja tervehtimässä potilaat. Potilaan toivomuksia päiväohjelmasta tai aikataulusta kunnioitetaan ja toteutetaan potilaan toivomusten mukaan. Hoitohenkilökunnalla on oikeat hygieniakäytännöt ajantasaisina ja niitä noudatetaan. Potilaan hoito toteutetaan siten, että turvataan potilaiden ja hoitajien turvallisuus (mikrobikantajuudelle altistuminen ennaltaehkäistään.) Lääkehoito toteutetaan kosketuseristyspotilaan hoidon erityispiirteiden mukaan. Potilaiden ja omaisten ohjaus hygieniakäytännöstä on tärkeää. Erityisesti pitää huolehtia muistamattomien potilaiden (ja omaisten) ohjauksesta. Ravitsemushoidosta huolehditaan ja turvataan riittävä ravinnon saanti, tarvittaessa syötetään, tuodaan mieliruokia ja tarjotaan eri vaihtoehtoja. Hyvän hoidon periaatteet ovat yhdessä sovittuja asioita, jotka näkyvät hoitosuunnitelman kirjauksissa. Myös niin sanottu hiljainen raportointi eli hoitoon liittyvät asiat löytyvät kirjattuina. (Koponen 2010.)

3.4 Kosketuseristysosaston luonne

Kosketuseristysosastolla on 25 potilaspaikkaa. Potilashuoneita on 18, joista yhden hengen huoneita on 10 ja kahden hengen huoneita on 8. Osasto voidaan jakaa kolmeen kohorttiin lasiovilla erottaen. Potilashuoneissa on sulut, paitsi saattohoituhuoneissa. Eräissä huoneissa on mahdollisuus hoitaa potilaita ali-, tasa- ja ylipaineessa. (Lehmusvaara 2011.)

Osaston henkilökunnan eettiset ohjeet

Potilaan hyvään hoitoon kuuluu potilaan kokonaisvaltainen hoito, perus- ja lääkehoito, ravitsemus, toimintakykyä ylläpitävä hoito ja viriketoiminta. Työ on fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin sekä henkisiin ja hengellisiin tarpeisiin perustuvaa tukemista, ohjausta, hoitoa, huolenpitoa sekä terveyden ja kuntoutumisen edistämistä. Tärkeää on potilaan tilan jatkuva tarkkailu ja

havaintojen kirjaaminen. Hoitohenkilökunnan päätökset perustuvat potilaslähtöiseen ajatteluun ja ammatilliseen tietopohjaan. Työssä vaaditaan pitkäjänteisyyttä ja yhteistyökykyä. (Lehmusvaara 2011.)

Osaston arvot

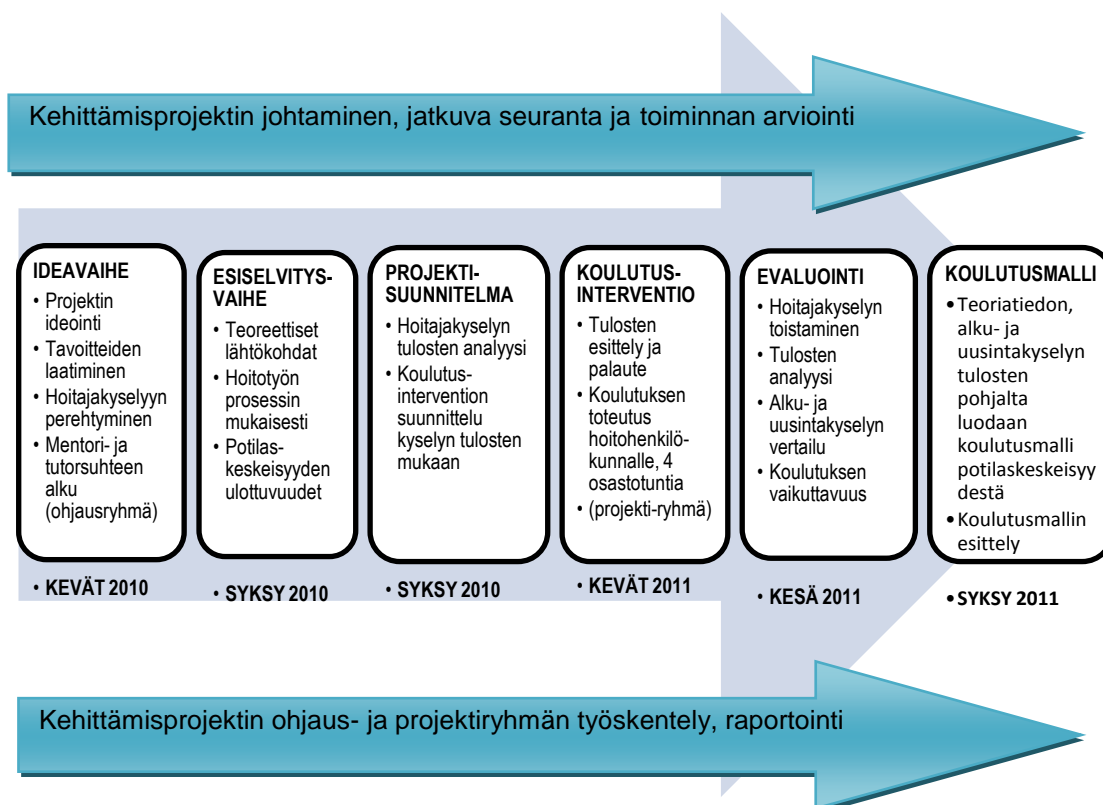
Hoitajalla on vastuu omasta ammatillisesta kehitymisestään. Oman ammattitaidon ja työyksikön kehittäminen ovat osa hoitajan työtä. Osaston henkilökunta on sitoutunut potilaan hoitoon ja hyvinvointiin. Henkilökunta noudattaa osaston sääntöjä. Henkilökunta kohtelee toisiaan kunnioittavasti ja tasapuolisesti ollen rehellisiä, luotettavia ja joustavia. Asioista, tavoista ja toimintamalleista puhutaan avoimesti ja rakentavasti. Jokaisen mielipide on sallittu. Sairaanhoitajan, lähi- tai perushoitajan vastuulla on potilaan hyvä hoito. Hoitoapulaiset vastaavat potilaiden ravitsemuksesta sekä osaston perus-, puhdistus- ja vuosisiivouksesta. (Lehmusvaara 2011.)

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUSTAVAT

Kehittämiprojektin suunnittelumenetelmä perustuu kansainvälisissä projekteissa kehitettyyn projektisuunnitelmametodiikkaan. Menetelmän peruslähtökohtina ovat tarvelähtöisyys, tavoitteellisuus ja osallistuvuus. Tärkeimmät projektin toteuttamiseen tai sen vaikutuksen kohteena olevat sidosryhmät otetaan mukaan suunnitteluun ja päätöksentekoon jo projektin valmistelussa. (Silfverberg 2005,3.)

Tämä kehittämisprojekti on Turun sosiaali- ja terveystoimen strategian mukaista toimintaa yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun Terveysalan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyöntekijän tavoitteellista työelämälähtöistä kehittämistä. Kaskenlinnan pitkäaikaissairaanhoidon kosketuseristysosaston hoitohenkilökunnalle on tehty vuonna 2009 kysely, potilaskeskeisyyden toteutumisesta ikääntyneiden potilaiden hoidossa, jonka analyysin pohjalta kehittämisprojekti on käynnistynyt.

Kehittämiprojektin empiirinen osa muodostui projektin pitkän ajan tavoitteen asettelusta, jolla tuetaan potilaskeskeisyyden toteutumista kosketuseristysosastolla. Konkreettinen tavoite oli tuottaa koulutusinterventio, jolla voidaan tukea potilaskeskeisyyden toteutumista. Kehittämiprojekti eteni seuraavien vaiheiden kautta: ideavaihe, esiselvitysvaihe, projektisuunnitelma, koulutusinterventio ja evaluointi (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Kehittämiprojektin toteutus vaiheittain

Ideavaihe

Kehittämiprojektin ideointivaihe alkoi keväällä 2010. (Kuvio 1.) Idea kehittämissuunnitelmaan tuli valmiista kyselystä, joka oli tehty vuonna 2009 Kaskenlinnan sairaalassa. Opinnäytetyöntekijä tutustui hoitotyön prosessimallin mukaan laaditun kyselylomakkeen aihealueisiin, jonka pohjalta tehtiin kirjallisuuskatsaus. Työelämämentori toimii Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen pitkäaikaissairaanhoidon kosketuseristysosaston osastonhoitaja.

Mentori - ja tutorsuhteen aloittaminen kuuluu ideavaiheeseen. Tällöin keskusteltiin mahdollisesta ohjausryhmästä, johon kuuluisi Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen ylihoitaja, osastonhoitaja, ohjaava opettaja sekä opinnäytetyöntekijä projektipäällikkönä.

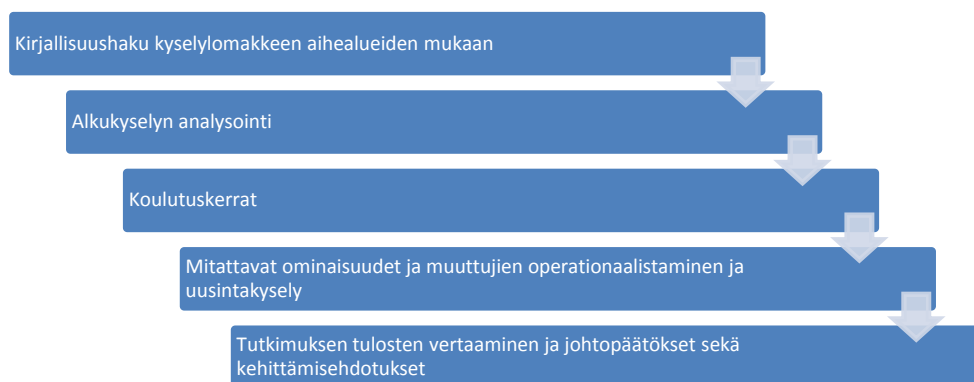
Esiselvitysvaihe

Ideavaiheen jälkeen kehittämisprojekti siirtyi esiselvitysvaiheeseen, jossa tehtiin laaja kirjallisuuskatsaus. Esiselvitysvaiheessa projektipäällikkö teki kattavan teoreettisen viitekehyksen ja perehtyi Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen pitkäaikaissairaanhoidon. Kehittämisprojektin kannalta on keskeistä, että projektipäällikkö on selvittänyt kyselyn aihealueet hyvin. Näin kehittämisprojekti rajataan kohdeympäristöön sopivaksi (Silfverberg 2007, 26.) Esiselvitysvaihe esitettiin seminaarissa Turun ammattikorkeakoulussa syksyllä 2010.

Projektisuunnitelma

Kirjallisuuskatsauksen jälkeen tehtiin projektisuunnitelma eli suunniteltiin kehittämisprojektin toteutusta. Suunnitelmaan sisältyi kehittämistilanteeseen liittyviä mahdollisuuksia ja ongelmia, joiden avulla kehittämisprojektin avulla tiedostettiin kehittämisprojektin vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Heikkoudet ja uhat on tärkeää tiedostaa, jotta niihin voidaan varautua etukäteen. (Silfverberg 2005,15).

Kehittämisprojekti esitettiin syksyllä 2010 Turun ammattikorkeakoulussa. Projekti eteni talvella projektiorganisaation kokoamisella. Organisaatioon kuuluivat projektipäällikkö sekä ohjaus- ja projektiryhmä, joiden toimintaan projektipäällikkö aktiivisesti osallistui. Kehittämisprojekti ja tutkimussuunnitelma hyväksyttiin ohjaus- ja projektiryhmien perustamiskokouksissa. Tutkimuksen/opinnäytetyön saatiin lupa Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tutkimus- ja kehitysyksiköltä keväällä 2011. Kehittämisprojektista tehtiin toimeksiantosopimus sekä sopimukset työelämämentoroinnin ja opinnäytetyön (kehittämisprojektin) toteuttamisesta. Kvantitatiivisen tutkimuksen kulku kuvataan kuviossa 2.



Kuvio 2. Kvantitatiivisen tutkimuksen kulku

4.1 Kyselylomake

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa perinteisenä tutkimustyyppinä pidetään survey-tutkimusta. Kysely on aineistonkeruun keskeinen perusmenetelmä. Englanninkielinen termi survey tarkoittaa kyselyn muotoa, jossa aineisto kerätään standardoidusti, mikä tarkoittaa sitä, että asiaa kysytään kaikilta vastaajilta täsmälleen samalla tavalla. Aineisto, joka kerätään surveyn avulla, myös käsitellään yleensä kvantitatiivisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 191-194.)

Kehittämiprojektissa käytetty kyselylomake on testattu sen laatijan toimesta. Kyselylomakkeen laatija on antanut luvan käyttää kyselylomaketta uusintakyselyn tekemiseen, mutta ei ole antanut lupaa julkaista kyselylomaketta tämän kehittämiprojektin yhteydessä. Kyselylomaketta on aiemmin käytetty hoitohenkilökunnalle kysyttäessä hoitajien mielipiteitä potilaskeskeisyyden toteutumisesta iäkkäiden potilaiden hoidossa. Standardoituus tarkoittaa sitä, että survey- tutkimuksena kerätään tietoa standardoidussa muodossa joukolta ihmisiä. Aineisto kerätään, jokaiselta yksilöltä strukturoidussa muodossa. Tavallisesti käytetään kyselylomaketta. Kerätyn aineiston avulla pyritään kuvailemaan, vertailemaan ja selittämään ilmiöitä. (Hirsjärvi ym. 2009, 134,193.)

Useimmiten tutkija kerää itse aineistonsa. On myös mahdollista saada muiden keräämää aineistoa, niin sanottua sekundaariaineistoa. Toisten keräämät aineistot olisi kyttävä kytkemään omaan tutkimusintressiin ja sovittamaan omiin aineistoihin. Kaikkiin valmiina oleviin aineistoihin on suhtauduttava kriittisesti, on punnittava niiden luotettavuutta, jolla tarkoitetaan lähdekritiikkiä.

Tietoja on usein myös muokattava, yhdisteltävä ja tulkittava tai tietoja normitettava, jotta tiedot tulisivat vertailukelpoisiksi. Valmiita aineistoja voidaan käyttää erilaisiin tarkoituksiin, muun muassa niiden sisällön kuvailemiseen ja selittämiseen. (Hirsjärvi 2009, 186, 189.)

4.2 Operationaalistamismenetelmä

Määritelmiä tarvitaan, koska niillä on useita tehtäviä, ne rajaa ja täsmentää käsitteen, antaa käsitteelle merkityksen tai kielellisen sopimuksen, luo normin käsitteen käytölle ja sitoo yhteen käsitteen ja sen termin. (Hirsjärvi ym. 2009, 152.) Kun käsite pitää nähdä empiirisen tutkimuksen ja mittauksen kohteeksi teoreettiset käsitteet joudutaan operationaalistamaan. Yksinkertaisesti voidaan sanoa, että silloin selvitetään, miten käsitteitä pyritään mittaamaan. Mittaavatko muuttujat juuri sitä, mitä tutkimuksessa oli tarkoitus mitata? Yleisiä kriteereitä, jotka auttaisivat punnitsemaan, mikä operationaalistamisen määritelmä kulloinkin olisi paras, ei ole löydettävissä. Tätä sanotaan validiusongelmaksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 154-155.)

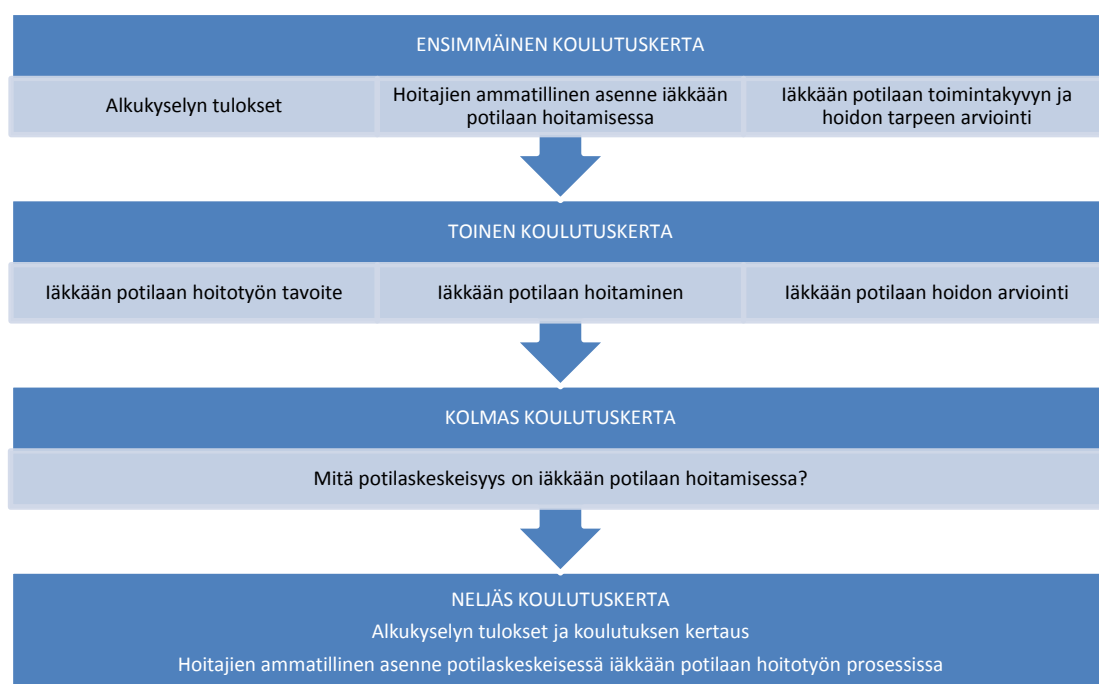
Operationaaliset menetelmät eivät ole tieteellisten termien määritelmiä siinä mielessä, että ne kuvailisivat tai spesifioisivat termien merkityksen. Operationaalisten määritelmien tehtävä on vain metodologinen: ne osoittavat ”mittaamisen”, eivät termien semanttista merkitystä. (Niiniluoto 1980, 187.) Operationaalistamista kuvataan kyselylomakkeiden aihealueiden avulla (Kuvio 3.). Samat aihealueet tulevat esille läpi työn alkukyselyn tuloksissa, johtopäätöksissä, koulutuksen sisällössä, alku- ja uusintakyselyjen vertailutuloksissa sekä niiden johtopäätöksissä.

Kyselylomakkeen aihealue			
Hoitajien ammatillinen asenne	Hoitopäätös	Auktoriteetti	Yksilöllisyys
	Itsemääräämisoikeus	Tasavertaisuus	Yhteistyö omaisiin
lääkkään potilaan toimintakyvyn arviointi	Vastuu hoitotyön tuloksista	Omaisien näkemys	Näkemys kirjataan
	Potilaan oma näkemys		
lääkkään potilaan hoidon tarpeen arviointi	Fyysinen toimintakyky	Psyykinen toimintakyky	Sosiaalinen toimintakyky
	Kognitiivinen toimintakyky	Omahoitaja arvioi	Hoitajat keskenään arvioivat
	Lääkäri arvioi		
	Potilaan ja hoitajien ristiriitainen näkemys	Hoitajien omaisen ristiriitainen näkemys	Potilaan ja omaisen ristiriitainen näkemys

iäkkään potilaan hoitotyön tavoite	Hoitajat ja potilas yhdessä	Lääkäri määrittelee	Työryhmässä, jossa potilas mukana
	Hoitajat kysyvät tavoitteen	Hoitajat kertovat tavoitteen potilaalle	Hoitajat kertovat tavoitteen omaisille
	Hoitajat varmistavat tavoitteen ymmärtämisen	Omainen hyväksyy	
iäkkään potilaan hoitaminen	Yksilöllinen hoitosuunnitelma tehdään potilaan kanssa	Hoitosuunnitelma luettavissa	Omaan päätöksentekoon rohkaiseminen
	Potilaan toiveet otetaan huomioon	Kysytään näkemys kotiutumisesta	Kotiutusta suunnitellaan potilaan ja omaisen kanssa
	Omaisen voimavaroja arvioidaan ennen kotiutusta		
iäkkään potilaan hoidon arviointi	Hoitajat arvioivat yhdessä potilaan kanssa	Hoitajat arvioivat potilaan ja omaisen kanssa	Hoitajat keskustelevalle tavoitteen muutoksesta
	Hoitajat omaisen kanssa	Hoitajat arvioivat potilaan toimintakykyä säännöllisesti	
Potilaskeskeisyys	Potilaalle jää vastuu hoidostaan	Hoitotyön päätöstä ei voi tehdä ilman potilaan suostumusta	Potilaan näkemys on hoidossa ensisijainen
	Hoitajien auktoriteettiasema heikkenee	Hoidon eettiset kysymykset	Hoitajien työmäärä lisääntyy
	Omaisille tulee keskeinen rooli	Hoidon tavoitteen määrittely vaikeutuu	Potilaat ja omaiset voivat vaatia kohtuuttomia asioita
	Hoitamiseen tulee uutta, innovatiivista sisältöä	Hoitajien ammattitaidon arvostus	
Kyselylomake	Empiirinen taso	Alkukyselyn tulokset tulossiossa	Alku-uusintakyselyn tuloksien vertaaminen

Kuvio 3. Operationaalistamismenetelmä kyselylomakkeen aihealueiden mukaan (Mukaellen Hirsjärvi ym. 2009, 156.)

Koulutukset suunniteltiin kirjallisuushaun perusteella monivalintakyselylomakkeen aihealueiden mukaan. Koulutus eteni hoitajien ammatillisesta asenteesta iäkkään potilaan kohtaamisessa, iäkkään potilaan toimintakyvyn ja hoidon tarpeen arvioinnista, iäkkään potilaan hoitotyön tavoitteiden asettamisesta ja potilaan hoitamisesta sekä iäkkään potilaan hoidon arvioinnista hoitotyön prosessin mallin mukaan potilaskeskeisyyden toteutumisen kokemiseen. Hoitohenkilökunnan koulutuskertoja oli neljä. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Hoitohenkilökunnan koulutuskerrat ja niiden sisältö

4.1 Kyselyn toteuttaminen

Kyselyjoukon muodostivat kosketuseristysosaston hoitohenkilökunta alkukyselyssä (N = 22) ja uusintakyselyssä (N = 23). Hoitohenkilökuntaan kuuluu 29 hoitajaa, jolloin vastausprosentiksi muodostui vuoden 2009 alkukyselyssä 75,8 % ja vuonna 2011 toteutetussa uusintakyselyssä 79,3 %. Kysely toteutettiin maaliskuussa 2011. Kyselylomake sisälsi saatekirjeen. Saatekirjeellä on tarkoituksena antaa taustatietoa tutkimuksesta ja motivoida vastaaja vastaamaan kyselyyn. (Heikkilä 2008, 61.) Vastaajilla oli mahdollisuus vastata kyselyyn kahden viikon kuluessa. Kyselyyn vastattiin anonymisti. Vastaajat palauttivat kyselylomakkeen niille varattuun suljettuun vastauslaatikkoon, josta projektipäällikkö nouti ne.

4.2 Kyselyn analyysit

Alkukyselyn analyysi suoritettiin kesällä 2010. Tilasto-ohjelma SPSS (Statistical Package for Social Sciences) on yleisimmin käytetty ohjelma hoitotieteellisten aineistojen analysoinnissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 100.) SPSS tilasto-ohjelman nimi muutettiin vuonna 2009 PASW:ksi (Predictive Analytics Software) tilasto-ohjelmaksi. (PASW-Statistics 18, 2009.).

Kvantitatiivisen kyselyn aineisto käsitellään yleensä kvantitatiivisesti. (Hirsjärvi, ym. 2009, 193 -194.)

Kyselymenetelmä on tehokas, tiedon käsittelyyn on kehitetty tilastolliset analyysitavat ja raportointimuodot, mutta tulosten tulkinta voi osoittautua ongelmalliseksi, eikä voida varmistua, miten vakavasti vastaajat suhtautuvat tutkimukseen ja vastaavatko he huolellisesti ja rehellisesti. Vastausvaihtoehtojen onnistuneisuus riippuu vastaajien näkökulmasta, väärinymmärryksiä on vaikea kontrolloida. (Hirsjärvi ym. 2009,195.) Alkukyselyn potilaskeskeisyyskyselyn tulokset esiteltiin hoitohenkilökunnalle koulutustilaisuuksissa osastotunneilla. Alkukyselyn tulokset on esitetty kappaleesta 6.2 alkaen. Potilaskeskeisyyskysely hoitajille toistettiin koulutusintervention jälkeen. Alku- ja uusintakyselyt analysoitiin PASW-tilastollisella aineiston analyysillä. Alku- ja uusintakyselyjä vertaamalla arvioitiin koulutusintervention vaikuttavuutta.

4.3 Määrällisen aineiston teorianmuodostus

Teoriat muodostuvat käytännön tutkimustoiminnan pohjalta. Arviointia varten on kehitelty erilaisia standardeja. Käsitteen- ja teorianmuodostuksen tavoitteena on yksinkertaisuus, joka tarkoittaa sekä rakenteellista yksinkertaisuutta että käyttökelpoisuutta. Informatiivisuutta lisää selvyys, joka viittaa yksiselitteisyyteen ja täsmällisyyteen. Yleisyys viittaa tavoiteltavien lauseiden loogista muotoa, jolloin lauseista tulee informatiivisempia ja tieteessä etsitään todellisuutta kuvaavaa informaatiota. (Hirsjärvi ym. 2009, 143.)

Teorian ja empirian välissä on yhteys, niin sanottu hypoteettis-deduktiivisen mallin mukainen, jossa teoria syntyy niistä havainnoista, joita tehdään reaali maailmasta. Teoria ohjaa, jäsentää ja systematisoi kerättyä aineistoa. (Hirsjärvi ym. 143-144.)

4.4 Evaluointi

Tutkimusta arvioitaessa otetaan huomioon teoreettinen tausta, ettei se jää irralliseksi tutkimuksen empiirisestä toteutuksesta ja sen tulosten raportoinnista eli koko tutkimuskokonaisuudesta. Tutkimuksesta on käytävä ilmi, miten

teoreettinen tausta on ohjannut tutkijan empiirisen osan valintoja, kuten ongelmanasettelua, metodien valintaa, tulosten tulkintaa ja johtopäätösten tekoa. (Hirsjärvi ym. 2009, 144.)

5 POTILASKESKEISYYS KÄSITTEENÄ

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata tutkitun tiedon ja näyttöön perustuvan toiminnan toteutumisesta kirjallisuudessa potilaskeskeisyydestä (patient-centredness). Tutkimustietoa ja aihetta käsitteleviä artikkeleita etsittiin kansainvälisistä PubMed, MedlineOvid-, Cinahl (EbscoHost) - ja Cochrane- sekä kotimaisista Medic- tietokannoista. Hakusanoina käytettiin patient-centredness ja patient-centred care – termejä. Aineistosta rajattiin otsikon perusteella (person-centred care; client-centred care), jolloin ne käsitteivät joko hermeneuttiseen filosofiaan tai sosiaalitieteisiin kuuluvia tai selkeästi eri sairauksiin liittyviä julkaisuja.

5.1 Potilaskeskeisyys - käsitteenä

Tutkijan on hyvä tuntea käyttämiensä käsitteiden historiaa. Joidenkin mielestä käsite on ymmärrettävissä vain, jos tunnetaan sen historia. Sekä tätä lähellä oleva ohje, että tutkijan olisi hyvä olla selvillä etymologiasta eli käsitteen ydinmerkityksestä. (Hirsjärvi ym. 2009, 153.)

Potilaskeskeisyys-käsite voi tarkoittaa ammatillista potilaan tarpeisiin vastaamista tai sitä, mitä hoitava henkilö pitää potilaan kannalta tärkeänä. Lähtökohtana on potilaan todellisuus, jossa potilaan arvoja, mieltymyksiä ja ilmaistuja tarpeita kunnioitetaan ja ne toteutuvat käytännön hoitotyössä. Potilas nähdään biopsykososiaalisena kokonaisuutena: ihmisenä, persoonana ja yksilönä, joka on itse mukana hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. (Mead & Bower 2000; Sorsa 2002; de Haes & Koedoot 2003.)

Potilaskeskeisyyden ulottuvuuksiin kuuluu myös hoitajan ymmärtäminen ihmisenä, jonka arvot vaikuttavat hoitotyöhön. Hoitajan ammattieettiset velvoitteet ilmenevät potilaskeskeisyydessä laadukkaana, tavoiteltavana hoitona, joka tukee potilasta. Jokainen hoitaja haluaa toimia eettisesti

oikein.(Leino-Kilpi 2003; van Dulmen 2003.) Potilaskeskeisyyden toteutuksessa potilasta tulee kunnioittaa ja olemalla kunnioittava tulee kiinnittää huomiota psykososiaalisiin tekijöihin, tukea potilaan autonomiaa ja voimaantumista, antamalla tietoa ja jakamalla päätöksentekoa. (de Haes 2006, 297.)

Potilaskeskeisyydessä potilas on mukana hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Lähtökohtina ovat potilaan todellisuus rajoituksineen ja mahdollisuuksineen potilaan arvot ja elämäntilanne huomioon ottaen. Potilaskeskeisyyden tuntomerkit täyttyvät kuuntelemalla potilasta ja antamalla hänen päättää, kuinka paljon hän haluaa osallistua päätöksentekoon. (Sorsa 2002, 41-42; van Dulmen 2003,195.)

5.2 Potilaskeskeisyys tutkimusten mukaan

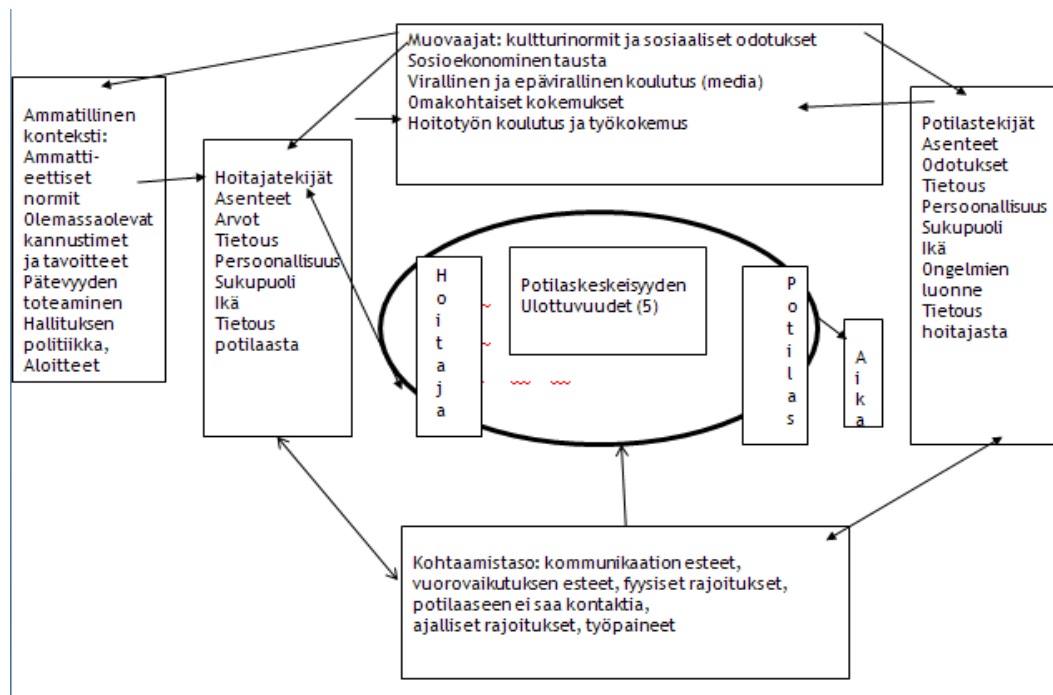
Viimeisten 30 vuoden aikana on kiinnitetty huomiota asiakaslähtöisyyteen ja palvelujen käyttäjien vastuullisuuteen omasta terveydestään. Vastuullisuuteen kuuluu mahdollisuus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Potilas nähdään yksilönä, hänen tapojaan, uskontoaan, kulttuuriaan ja suvereniteettiaan kunnioitetaan. Hoitaminen ja palvelun luonne perustuvat potilaan tarpeisiin. Työntekijä työskentelee tasavertaisena ihmisenä, joka tukee potilaan omia voimavaroja. (Kiikkala 2000,118-119.)

Potilaskeskeistä lähestymistapaa on tutkimuksissa ilmaistu eri tavoin. Potilasta tulee ymmärtää ainutlaatuisena ihmisenä. Kun sairaus on diagnosoitu, tulee lääkärin tutkia ihminen kokonaisuutena. (Balint 1969, 269.) Potilaskeskeisyys ilmenee konsultaatiotyylinä, jossa lääkäri kysyy potilaan tietoja ja kokemusta ohjaamaan vuorovaikutusta. (Byrne & Long 1976.) On kuvattu potilaskeskeistä lähestymistapaa, jossa lääkäri yrittää päästä ”potilaan maailmaan” ja katsoa sairautta potilaan silmin. (McWhinney 1989.)

Stewart ym. (1995) loivat kuvaavan mallin potilaskeskeisyydestä, jossa otetaan huomioon potilaan sairauden kokemus ja potilasta ymmärretään kokonaisuutena. Hoitamisessa on hyvä löytää yhteinen perusta hoitoon liittyvissä asioissa, joihin sisältyvät ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen. Lääkäri-potilas suhdetta tulee tehostaa ja olla realistinen henkilökohtaisissa rajoituksissa ja sellaisissa kysymyksissä, jotka koskevat aikaa ja resursseja.

Winefield ym. (1996) valaisivat potilaskeskeisyyden toteutumista tutkijaryhmä antamalla potilaille informaatiota ja osallistamalla heidät päätöksentekoon. Ja samana vuonna toinen tutkijaryhmä päätyi lopputulokseen, jossa potilaskeskeinen hoito on läheisesti yhteneväistä ja vastaamista potilaan tahtoon, tarpeisiin ja mieltymyksiin. (Laine & Davidoff 1996, 152.)

Potilaskeskeisyyden yleismääritelmän puute on haitannut käsitteellistä ja empiiristä kehitystä. Potilaskeskeisyyden avainulottuvuuksia, joita on julkaistu, niihin on esitetty kriittisiä kannanottoja. Näihin vastauksena Mead & Bower (2000) yrittävät tarjota selkeämmän viitekehyksen tulevaisuuden teoreettiseen ja empiiriseen kehittämiseen. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Potilaskeskeisyyteen vaikuttavat tekijät (Mukaellen Mead & Bower 2000,1104.)

Mead ja Bower ovat kehittäneet viisi potilaskeskeisyyttä kuvaavaa ulottuvuutta. Niihin kuuluvat ensimmäisenä ulottuvuutena on biopsykososiaalisen näkökulman omaksuminen, jossa hoitohenkilökunnan on kohdattava muutkin kuin potilaan lääketieteelliset ongelmat. Toisena ulottuvuutena on, että potilas ymmärretään yksilönä, ei vain sairaana kehona, sekä hoitohenkilökunnan on

ymmärrettävä jokaisen potilaan yksilöllinen tapa kokea sairautensa tai sairastumisensa. Kolmantena ulottuvuutena on voiman ja vastuun jakaminen hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä. Neljäntenä ulottuvuutena on terapeuttisen suhteen luominen, joka on sekä välineenä että itsessään arvokas. Viidentenä ulottuvuutena on hoitajan ymmärtäminen ihmisenä, ei vain taitavana teknisenä suorittajana. (Mukaellen Mead & Bower 2000, 1088-1091.)

Potilaskeskeisyyden potentiaalisina vaikuttajina syrjäisimmällä tasolla ovat muovaajat, jotka ovat esimerkiksi kulttuurinormit ja sosiaaliset odotukset. Nämä voivat vaikuttaa erityisinä taustatekijöinä, kuten herkkyyks ja asenteet. Esimerkiksi länsimaaisissa kulttuureissa herkkyyks ilmaistaan sosiaalisesti siten, että on hyväksyttävämpää naisten keskustella tunteista kuin miesten. Kulttuurinormit voivat muodostua tehokkaan vuorovaikutuksen esteiksi. (Mead & Bower 2000, 1103.)

Ammatillisena kontekstina nähdään hoitotyön koulutus ja työkokemus. Hoitotyöntekijöillä hoidon antajina vaikuttavat suuresti potilaan osallistumismahdollisuuksiin. Hoitotyöntekijän asenteet, käyttäytyminen ja hänen omat rooliodotuksensa vaikuttavat siihen, miten hän on vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Ammattieettiset normit ja olemassa olevat kannustimet vaikuttavat myös siihen, miten potilaskeskeisesti hoitajat toteuttavat hoitotyötä. (Mead & Bower 2000, 1103).

Potilas- ja hoitajatekijöistä vuorovaikutukseen vaikuttaa sekä potilaan että hoitajan asenteet ja odotukset, arvot, tietous, persoonallisuus, sukupuoli sekä ikä. Hoitajan on tunnettava potilaansa ja potilaan on hyvä tuntea hoitajansa. Aika-ulottuvuus vaikuttaa potilaan ja hoitajan välillä, eikä potilaskeskeisyys voi kehittyä hetkessä. Potilaskeskeisyyttä muovaavat kulttuuriset normit ja sosiaaliset odotukset sekä sosioekonominen tausta. Media tuo mukanaan virallista ja epävirallista tietoa. Hoitajat oppivat omien kokemustensa, koulutuksen ja työkokemuksen kautta. (Mead & Bower 2000, 1041.)

Kohtaamistasolla potilaan kanssa kommunikoinnissa voi olla esteitä, jolloin potilaskeskeisyyden toteuttamiseen liittyy myös ongelmia. Kun potilas on vaikeasti sairas, voi kommunikointi hänen kanssaan voi olla hankalaa tai estyä

kokonaan. Eri kulttuureilla saattaa olla vaikutusta potilaskeskeisyyden toteuttamiseen. Afroamerikkalaiset saattavat uskoa, että kuolemasta puhuminen tuo kuoleman lähemmäksi heitä. (de Haes 2006, 294-295.)

Vuonna 2003 Sairaanhoitajapäivillä oli toteutettu eettisyyskyselytutkimus sairaanhoitajille (N=237), joista yli 90 % koki kohdanneensa työssään eettisiä ongelmatilanteita. Eniten niitä koettiin syntyneen potilaiden omaisten kanssa (60 %.) Erityisesti pitkäaikaishoidossa omaisten epärealistiset odotukset vakavasti sairaan, dementoituneen tai kuolevan potilaan hoidossa olivat ongelmallisia. Kyselyssä todettiin omaisille tiedottamisen olevan eettisesti ongelmallista. Tulokset kuvasivat sairaanhoitajien tunnistavan eettisiä ongelmia ja hyvän hoitamisen kannalta merkittäviä asioita. Eettistä päätöksentekoa pidetään taitona, joka ei ole irrallaan muusta hoitotyön päätöksenteosta. Kaikkein tärkeintä on kysyä eettisessä päätöksenteossa, edistikö hoito potilaan vai omaisen hyvää, oliko minulla tarpeeksi oleellista tietoa ja tunnistinko tilanteeseen liittyvät eettiset tekijät. Lisäksi on tärkeää tunnistaa eri osapuolten arvoriitit ja kunnioitettiinko hoidossa potilaan arvoja ja ammatillisia arvoja ja kenen ehdoilla päätös syntyi. (Abdelhamid & Qvick 2005.)

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä on tehty tutkimus yksilövastuisen hoitotyön toteutumisesta operatiivisen hoitotyön alueella. Yksilövastuinen hoitotyön malli mahdollisti parhaiten potilaan osallistumisen hoitoonsa ja hoidon jatkuvuuden. Potilaat olivat myös tyytyväisempiä, koska heillä oli omahoitaja. Potilaskeskeinen hoitotyö toteutui pitkään alalla työskennelleiden hoitajien toimesta parhaiten. Potilaat osallistuivat omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja olivat tietoisia hoitoonsa liittyvistä asioista. Hoitajat kuvasivat potilaskeskeisyyttä muun muassa seuraavasti: ”sovitan potilaan toiveet yhteen muiden kanssa ja minulla on aikaa paneutua potilaan asioihin”. (Ryhänen 2005, 31.)

Groene ym. (2009) tutkivat, onko Euroopan sairaaloiden laadunparannusohjelmilla ja potilaskeskeisyyden toteuttamisella yhteyttä. Tutkimuksessa oli 351 Euroopan sairaalaa. Taustalla on tunnistettu potilaiden osallistuminen omaan hoitoonsa, he haluavat osallistua terveydentilansa parantamiseen ja arvioimaan saamaansa hoitoa. Suurimmassa osassa

tutkituista sairaaloista potilaskeskeisyyteen panostaminen on tuottanut tulosta. Potilaiden oikeudet, potilaille annettu informaatio ja sitä kautta potilaiden voimaantuminen sekä potilaiden osallistuminen palautteen antoon laadun parantamiseksi ovat tuottaneet tulosta.

Beagan & Ells (2009) tutkivat hoitajien ammatillisten arvojen toteutumista sekä mikä estää niitä toteutumasta. He miltei yksimielisesti ilmaisivat sitoutumista arvoihin auttamalla toisia pitämällä huolta, vaikuttamalla ja ammatillisella rehellisyydellä. Potilaita hoidettiin kokonaisvaltaisesti, potilaskeskeisesti ja tietoa jaettiin tietoa potilaiden voimaannuttamiseksi.

Kanadalaisessa tutkimuksessa tutkittiin terveydenhuoltotiimin jäsenten näkökulmasta uskomuksia ja asenteita vanhusten geriatrisissa tiimeissä. Tiimit koostuivat 17:sta perhelääkäristä ja 22:sta hoitotyön ammattilaisesta sekä heidän välisestään yhteistyöstä, kuinka se voi vaikuttaa ammattien sisällä ja kuinka on mahdollista kehittää hyvin toimivia tiimejä? Lopputuloksissa sekä potilaskeskeisyys että tiimin koossapysyminen ovat keskeisiä konsepteja optimaalisesti toimivassa tiimityössä. Tutkimuksessa tuli ilmi neljä pääkohtaa: tiimissä täytyy selvittää lääkärin rooli ja hoitohenkilökunnan osallistuminen, työskentelevätkö he yhdessä vai itsenäisesti. Ketkä tiimissä osallistuvat päätöksentekoon. Sekä lääkärin vastuualueet potilaan hoidosta, työskenteleekö hän yksin yhdessä tiimin kanssa ja jakaako hän vastuun tiimin jäsenten kanssa. (Wright ym. 2007,1954-1955.)

Brunero ym. (2010) tutkijat havaitsivat useissa tutkimuksissa koulutusmuotojen, joissa oli kokemuksellista oppimista olevan lupaavimpia lisäämään hoitajien empatiataitoja koulutuksessa. Katsauksessa käytettiin avainsanoina empatiaa, henkilökeskeisyyttä, potilaskeskeisyyttä, asiakaskeskeisyyttä, koulutusta ja hoitotyötä. Empatiakoulutukseen tulee tulevaisuudessa sisällyttää käsitteitä hellyys, kulttuuriset arvot ja kliininen kokemus.

Lewin ym. (2001) toteavat, että potilaskeskeisellä lähestymistavalla on tutkimusten mukaan melko vahva näyttö, että kouluttamalla terveydenhuollon tarjoajia potilaskeskeiseen lähestymistapaan voidaan vaikuttaa myönteisesti

potilastyytyväisyyteen. Interventioina näissä on konsultaation tyyli, kehittämällä empatiaa ja tunnistamalla ja käsittelemällä potilaan tunteiden problematiikkaa.

NICHE- ohjelmassa on hyvät ohjeet ammattilaisille siitä, miten vanhusten erikoistarpeet otetaan huomioon ammatillista kehittämistä varten. Ohjelmasta löytyy vanhusten hoidon yleiset ohjeet, tavallisimmat geriatriset oireet sekä tietenkin oman osaston periaatteet hoidossa. Henkilökunnalle on olemassa vanhusten hoitoon parhaaseen näyttöön perustuvat oppaat. Ohjelmassa on kehitetty hoitajan pätevyysvaatimukset. Ohjelma sisältää myös akuuttisairaanhoidon toimintaohjeet. Vasta-alkaville sairaanhoitajille on omat mentorointiohjeet ja he tulevat saamaan klinikalta tukea kokeneemmilta hoitajilta. Yksikkö tarjoaa tiimityötä, potilaskeskeistä sairaanhoitoa, etukäteissuunnittelua, hyvän työympäristön ja asiantuntevan lääkärin, joka on osa tiimiä. Tutkimukseen perustuvaa tietoa on saatavilla osastolla ja näyttöpäätteillä osaston koulutuksien yhteydessä ja myös omaan aktiiviseen käyttöön. (Boltz ym. 2008, 177.)

Suhonen ym. (2009) tekivät kirjallisuudesta integroivassa analyysissään kolme vaihetta. Näitten vaiheitten jälkeen löytyi yhdeksän kategoriala, joiden avulla potilaskeskeistä, yksilövastuista hoitotyötä voidaan toteuttaa. Hoitajien persoonallisia piirteitä voidaan hyödyntää. Hoitajien osaamista voidaan kehittää. Eettiset näkökohdat otetaan huomioon hoitotyön toiminnan arvoperustan ja interventioiden avulla. Potilaiden todellisuus rajoituksineen ja mahdollisuuksineen on hoidon lähtökohta. Työtä organisoidaan siten, että henkilökuntaa on riittävästi ja hoitotyön toteuttaminen tapahtuu oikealla henkilöstömitoituksella. Tiimityötä voidaan toteuttaa ryhmädynamiikan avulla. Hoitotyön kehittämisen ja johtamisen avulla toteutetaan kliinistä osaamista ja koulutusta sekä luodaan hoitotyöntekijöille paremmat mahdollisuudet toteuttaa yksilövastuista hoitotyötä ja parantamaan potilaan hyvän hoidon tuloksia.

Vuorovaikutuksen laatu vaikuttaa työhyvinvointiin. Ammatillisuudella on erilaisia merkityksiä eri ihmisille. Ammatillisuudessa omat tunteet tulee tiedostaa ja säädellä tunteiden siivittämää käytöstä ja vuorovaikutusta. Työyhteisössä ammatilliset vuorovaikutuskanavat on pidettävä auki kaikkien kanssa. Hyvä vuorovaikutus edellyttää tiettyjen asenteiden tarkistamista. Hoitajien on hyvä

tarkistaa, millaiset ovat minun asenteeni ja millaisten asenteiden varassa meidän työyhteisössä työtä tehdään. (Nousiainen & Piekkari 2007,19.)

Rees ym. (2009) tutkivat sairaanhoitajien käsityksiä eettisissä kysymyksissä vanhuksia hoidettaessa. Eettisiä ristiriitoja nähtiin neljässä teemassa. Katsauksessa ei löydetty lähteitä eettisiin kysymyksiin hoitajille. Eettisissä kysymyksissä oli eroja odotuksissa hoitajien ja potilaan/omaisen kanssa. Hoitajien henkilökohtaiset näkemykset vaikuttivat eettisissä kysymyksissä. Potilas-hoitajasuhteessa eettiset kysymykset nousivat esille. Näitten teemojen alta löytyi jopa ikään perustuvaa syrjintää. Vanhusten hoidossa eräs räikeä esimerkki oli, että vanhus oli pakotettu suihkuun hoitajan toimesta, vaikka hän oli erittäin ahdistunut. Tällöin hoitotilanteessa on muodostunut eettisten periaatteiden konflikti potilaan autonomian ja hyväntekeväisyyden välillä.

6 KOULUTUSINTERVENTION LÄHTÖKOHDAT

6.1 Potilaskeskeisyys- mittari

Kyselyn tavoitteena oli saada tietoa hoitajien näkökulmasta siitä, miten potilaskeskeisyys toteutuu ikääntyneiden potilaiden hoidossa. Kysely oli laadittu ja aineisto kerätty ennen tätä kehittämisprojektia. Projektipäällikkö sai aineiston käyttöönsä.

Likert- asteikko on mielipidemittauksissa tyypillisesti käytetty asteikko, joka on tavallisesti 4-5 portainen. Viisiportaisessa likert-asteikossa on hyvä olla olemassa vaihtoehto 3:n (ei samaa eikä eri mieltä) mielipide, jolloin vastaajaa ei pakoteta ottamaan kantaa kysyttyyn asiaan. (Heikkilä 2008, 53.) Tässä kyselyssä käytettiin viisiportaisia vastausvaihtoehtoja, jotka yhdistettiin kolmiportaiseksi.

Vastausvaihtoehdot olivat 1 = täysin samaa mieltä, 2 = osittain samaa mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = osittain eri mieltä ja 5 = täysin eri mieltä. Alkukyselyn tuloksista tehtiin PASW- tilastomenetelmällä yhteenveto, jossa vastausluokat oli viisi portaisia. Tuloksista yhdistettiin luokat täysin/osittain

samaa mieltä ja täysin/osittain eri mieltä, jolloin vastausluokkia muodostui yhteensä kolme 1 = samaa mieltä, 2 = ei samaa eikä eri mieltä ja 3 = eri mieltä.

6.2 Potilaskeskeisyys hoitajien kokemana ennen koulutusinterventiota

Hoitajien ammatillinen asenne iäkkään potilaan hoitamisessa

Hoitopäätös

Vastaajista 36% oli sitä mieltä, että hoitajat tekevät keskenään iäkkään potilaan hoitopäätökset. Eri mieltä oli hieman alle puolet (45 %) vastaajista ja 18 %:lla ei ollut selkeää mielipidettä asiasta. Yhtä suuri osa hoitajista oli samaa mieltä (41%) kuin eri mieltä (41%) siitä, että iäkkään potilaan hoitamisen sujuvuuden kannalta oli järkevää siirtää hoitopäätös hoitajille. Vajaa 1/5 (18%) ei osannut ilmaista mielipidettään tästä asiasta (Taulukko 1a).

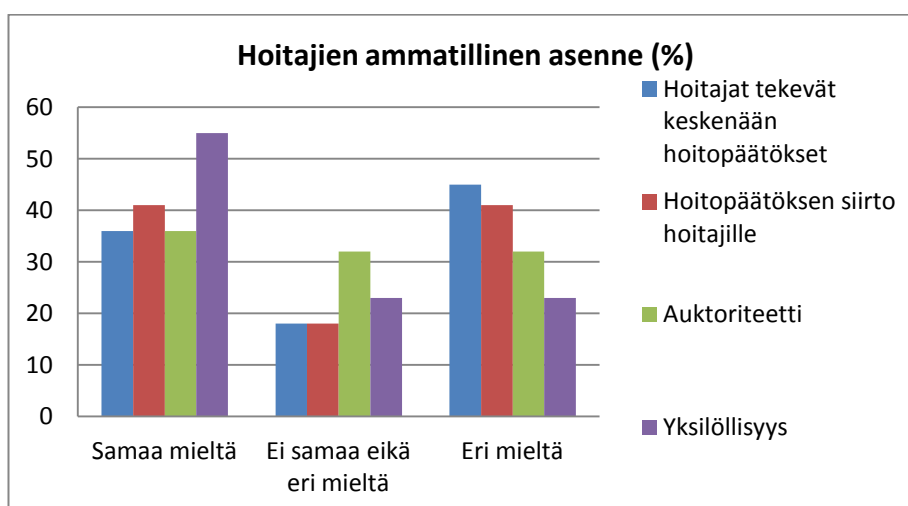
Auktoriteetti

Auktoriteettiasenteella uskottavuuden säilyttämisestä mielipiteet jakautuivat tasaisesti samaa mieltä (36%), ei mielipidettä (32%) ja eri mieltä (32%) oleviin.

Yksilöllisyys

Yli puolet vastaajista (55%) olivat samaa mieltä, että yksilöllinen hoitaminen edellyttää aina keskustelua iäkkään potilaan kanssa, ja lähes joka neljäs vastaaja oli eri mieltä(23%) tai ei ollut mielipidettä asiasta.(Taulukko 1a).

Taulukko 1a. Hoitajien ammatillinen asenne iäkkään potilaan hoitamisessa



Itsemääräämisoikeus

Vastaajista 32% oli sitä mieltä, että hoitajat kunnioittavat iäkkään potilaan itsemääräämisoikeutta hoitopäätöstä tehtäessä, vaikka potilas ei aina itse pysty arvioimaan tilannettaan. Eri mieltä oli hieman alle puolet (41%) vastaajista ja lähes kolmasosalla (27%) ei ollut mielipidettä asiasta (Taulukko 1b).

Tasavertaisuus

Puolet vastaajista (50%) koki, että hoitajat kohtelevat kaikkia iäkkäitä potilaita tasavertaisesti, eri mieltä oli (36%) vastaajista ja 14%:lla ei ollut mielipidettä asiasta (Taulukko 1b).

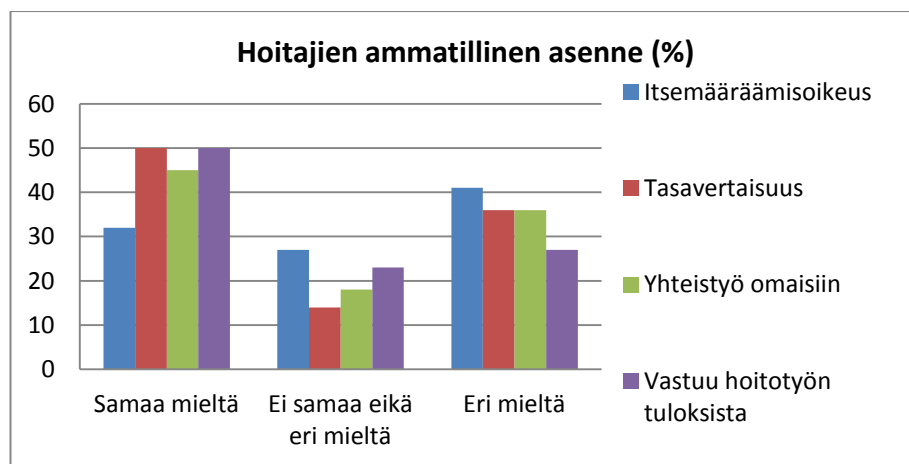
Yhteistyö omaisiin

Lähes puolet (45%) vastaajista oli sitä mieltä, että hoitajat kohtelevat iäkkään potilaan omaisia yhteistyökumppaneina. Eri mieltä oli yli kolmasosa vastaajista (36%) ja 18 %:lla ei ollut mielipidettä asiasta (Taulukko 1b).

Vastuu hoitotyön tuloksista

Puolet vastaajista (50%) oli sitä mieltä, että vastuu hoitotyön tuloksista on aina hoitajilla. Eri mieltä oli yli kolmasosa vastaajista (36%) ja hieman alle neljäsosalla (23%) ei ollut mielipidettä asiasta (Taulukko 1b).

Taulukko 1b. Hoitajien ammatillinen asenne iäkkään potilaan hoitamisessa.



Johtopäätökset

Hoitajien ammatillinen asenne ennen koulutusta jakautuu selkeästi kaikkiin kolmeen vastausvaihtoehtoon. Osa on ammatistaan tietoisia ja vahvoja hoitotyön päätöksistä, auktoriteettiasemasta, potilaan yksilöllisyydestä, tasavertaisesta kohtelusta, yhteistyöstä omaisten kanssa ja hoitotyön vastuusta. Osa vastaajista taas ei osannut ilmaista mielipidettään näistä asioista. Osa taas

on selkeästi eri mieltä esimerkiksi siitä, että hoitajat tekisivät keskenään hoitopäätökset, mikä on potilaskeskeisyyden kannalta hyvä asia. Auktoriteettiasemalla saavutettu uskottavuus ei kuitenkaan ole kovin potilaskeskeistä. Koulutuksessa on syytä kiinnittää huomiota hoitajien ammatillisuuden vahvistamiseen ja potilaan ottamisen huomioon yksilöllisesti ja itsemääräämisoikeutta kunnioittaen, unohtamatta yhteistyötä omaisiin.

lökkään potilaan toimintakyvyn arviointi

Potilaan oma näkemys

Hieman alle puolet vastaajista (41%) oli sitä mieltä, että iökkään potilaan toimintakykyä kartoittaessaan hoitajat ottavat aina huomioon potilaan oman näkemyksen toimintakyvystään. Eri mieltä oli yli kolmasosa (36%) vastaajista ja 23%:lla ei ollut mielipidettä asiasta (Taulukko 2a).

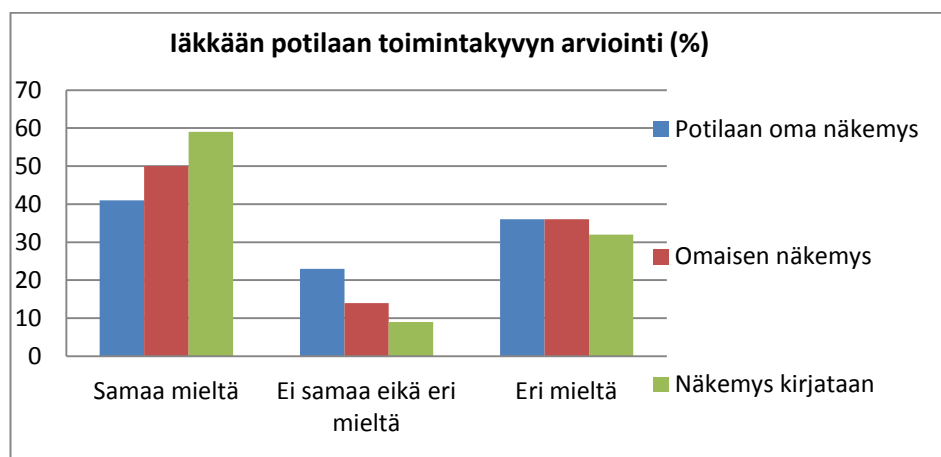
Omaisien näkemys

Puolet vastaajista (50%) oli sitä mieltä, että hoitajat yleensä tarkistavat omaisen näkemyksen iökkään potilaan toimintakyvystä. Eri mieltä oli yli kolmasosa (36%) vastaajista ja 14%:lla ei ollut mielipidettä asiasta (Taulukko 2a).

Näkemyks kirjataan

Yli puolet vastaajista (59%) oli sitä mieltä, että hoitajat aina kirjaavat iökkään potilaan näkemyksen omasta toimintakyvystään potilaan asiakirjoihin. Eri mieltä oli kolmasosa (32%) vastaajista ja 9%:lla ei ollut mielipidettä asiasta (Taulukko 2a).

Taulukko 2a. iökkään potilaan toimintakyvyn arviointi



Fyysinen toimintakyky

Hieman alle puolet vastaajista (41%) oli sitä mieltä, että hoitajat yleensä kysyvät iäkkäältä potilaalta hänen arvionsa omasta fyysisestä toimintakyvystään. Eri mieltä oli yli kolmasosa (36%) vastaajista ja alle kolmasosalla (27%) ei ollut mielipidettä asiasta (Taulukko 2b).

Psyykinen toimintakyky

Vastaajista 23% oli sitä mieltä, että hoitajat yleensä kysyvät iäkkäältä potilaalta hänen arvionsa omasta psyykkisestä toimintakyvystään. Eri mieltä oli hieman alle puolet vastaajista (41%) ja yli kolmasosalla (36%) ei ollut mielipidettä asiasta (Taulukko 2b).

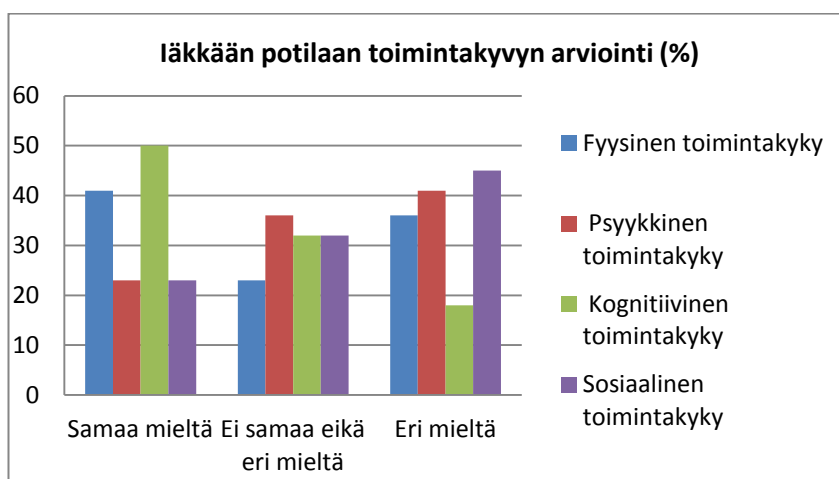
Kognitiivinen toimintakyky

Puolet vastaajista (50%) oli sitä mieltä, että hoitajat yleensä kysyvät iäkkäältä potilaalta hänen arvionsa omasta kognitiivisesta toimintakyvystään. Eri mieltä oli neljäsosa vastaajista (18%) ja yli kolmasosalla (36%) ei ollut mielipidettä asiasta (Taulukko 2b).

Sosiaalinen toimintakyky

Vastaajista 23%:ia oli sitä mieltä, että hoitajat yleensä kysyvät iäkkäältä potilaalta hänen arvionsa omasta sosiaalisesta toimintakyvystään. Eri mieltä oli hieman alle puolet vastaajista (45%) ja kolmasosalla (32%) ei ollut mielipidettä asiasta (Taulukko 2b).

Taulukko 2b. Iäkkään potilaan toimintakyvyn arviointi



Johtopäätökset

lääkään potilaan toimintakyvyn arviointi

Noin puolet vastaajista ottaa huomioon potilaan ja omaisen näkemykset toimintakyvystä ja näkemykset kirjataan noin 60%:sti. Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnissa vastaukset jakaantuvat kaikkiin vastausvaihtoehtoihin, joiden perusteella potilaskeskeisyys koulutukseen nousee aiheita toimintakyvyn arvioinnista. Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi toteutui vastaajien mielestä parhaiten. Koulutuksessa on syytä kiinnittää huomiota myös toimintakyvyn arvioinnissa potilaan näkemysten kirjaamiseen.

lääkään potilaan hoidon tarpeen arviointi

Lääkäri arvioi

Vastaajista lähes kaikki (91%) olivat eri mieltä siitä, että ainoastaan lääkäri arvioi iäkkään potilaan hoidon tarvetta. Vastaajista 9%:ia oli samaa mieltä (Taulukko 3a).

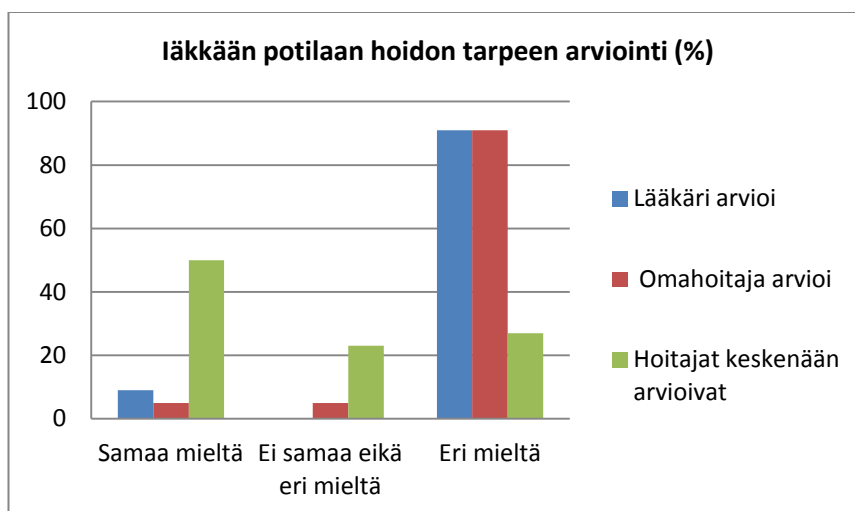
Omahoitaja arvioi

Lähes kaikki (91%) olivat eri mieltä siitä, että ainoastaan omahoitaja arvioi iäkkään potilaan hoidon tarpeen. Vastaajista 5%:ia oli samaa mieltä ja 9%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 3a).

Hoitajat keskenään arvioivat

Puolet vastaajista (50%) oli samaa mieltä siitä, että hoitajat arvioivat keskenään potilaan hoidon tarpeen. Eri mieltä oli alle kolmasosa (27%) vastaajista ja 9%:lla ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 3a).

Taulukko 3a. Iäkkään potilaan hoidon tarpeen arviointi



Potilaan ja hoitajan ristiriitainen näkemys

Yli puolet vastaajista (59%) oli samaa mieltä siitä, että, kun iäkkään ja hoitajien näkemys hoidon tarpeesta on ristiriitainen, hoitajat päättävät potilaan hoidon tarpeen. Eri mieltä oli lähes joka viides (18%) ja 23%:lla ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 3b).

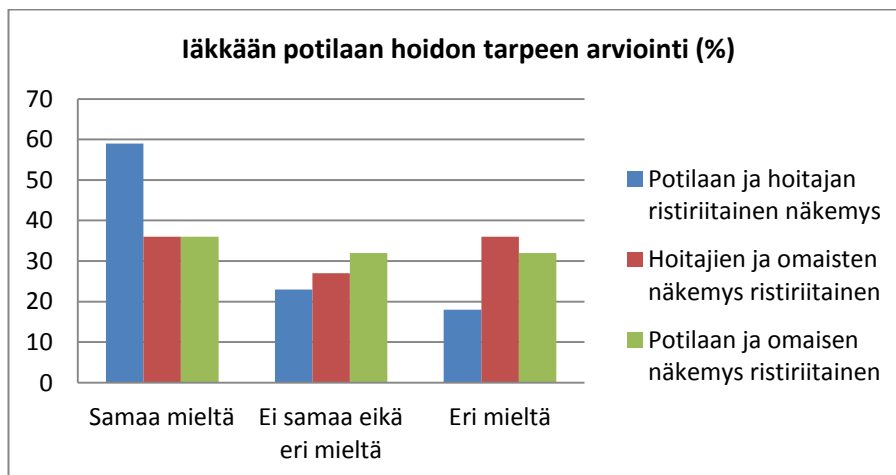
Hoitajien ja omaisten näkemys ristiriitainen

Yhtä suuri osa vastaajista oli samaa (36%) kuin eri mieltä (36%) siitä, että, kun hoitajien ja omaisen näkemys hoidon tarpeesta on ristiriitainen, hoitajat päättävät hoidon tarpeen. Lähes kolmasosalla (27%) ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 3b).

Potilaan ja omaisen näkemys ristiriitainen

Lähes yhtä suuri osa vastaajista oli samaa (36%) kuin eri mieltä (32%) siitä, että, kun iäkkään potilaan ja omaisen näkemys hoidon tarpeesta on ristiriitainen, hoitajat päättävät hoidon tarpeen ja lähes yhtä suurella osalla (32%) ei ollut mielipidettä asiasta (Taulukko 3b).

Taulukko 3b. Iäkkään potilaan hoidon tarpeen arviointi



Johtopäätökset

Iäkkään potilaan hoidon tarpeen arviointi

Hoidon tarpeen arvioinnista vastaajilla oli vahvat näkemykset, ettei vain lääkäri tai omahoitaja tee arviointia, mikä on hyvin potilaskeskeistä. Hoitajien keskenään arvioimaan hoidon tarpeeseen puolet vastaajista oli samaa mieltä ja toinen puoli eri mieltä tai ei osannut ilmaista mielipidettään. Koulutuksessa täytyy selventää hoitotyön prosessia, mikä on hoidon tarpeen arviointi.

Ristiriitatilanteissa hoitajien ja potilaan, hoitajien ja omaisten sekä potilaan ja omaisen näkemysten ollessa erilaisia, täytyy koulutuksessa selvittää eettisiä kysymyksiä, miten ristiriitatilanteet ratkaistaan.

Iäkkään potilaan hoitotyön tavoite

Hoitajat ja potilas yhdessä

Vastaajista 33% oli samaa mieltä siitä, että hoitajat määrittelevät yhdessä iäkkään potilaan kanssa hänen hoitonsa tavoitteen. Eri mieltä oli lähes puolet (48%) ja 19%:lla ei ollut mielipidettä asiasta (Taulukko 4a).

Lääkäri määrittelee

Vastaajista 33%:ia oli sitä mieltä, että lääkäri määrittelee iäkkään potilaan hoidon tavoitteen. Eri mieltä oli lähes puolet (48%) vastaajista ja 19%:lla ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 4a).

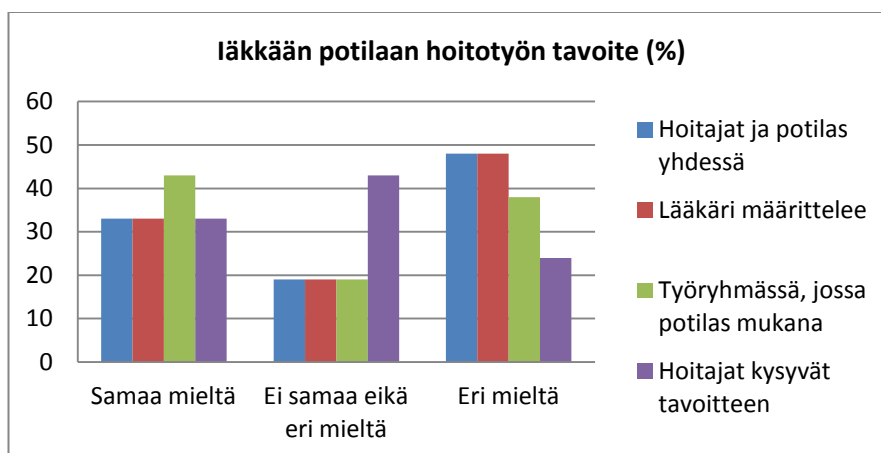
Työryhmässä, jossa potilas mukana

Vastaajista hieman alle puolet (43%) oli sitä mieltä, että potilaan hoitotyön tavoite määritellään työryhmässä, johon myös potilas osallistuu. Eri mieltä oli hieman yli kolmasosa (38%) ja 19%:lla ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 4a).

Hoitajat kysyvät tavoitteen

Vastaajista 33%:ia oli samaa mieltä siitä, että hoitajat kysyvät iäkkäältä potilaalta hänen omalle hoidolleen asettamansa tavoitteen ennen hoidon tavoitteen asettamista. Eri mieltä oli 24%:ia ja hieman alle puolella (43%) ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 4a).

Taulukko 4a. Iäkkään potilaan hoitotyön tavoite



Hoitajat kertovat tavoitteen potilaalle

Hieman alle puolet vastaajista oli samaa mieltä (43%) siitä, että hoitajat kertovat aina iäkkäälle potilaalle hänen hoitonsa tavoitteen. Eri mieltä oli kolmasosa (33%) ja 24%:lla ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 4b).

Hoitajat kertovat tavoitteen omaisille

Suurin osa vastaajista (76%) oli samaa mieltä siitä, että hoitajat kertovat potilaan hoidon tavoitteen hänen omaisilleen. Eri mieltä oli 10%:ia vastaajista ja 14 %:ia ei osannut ilmaista mielipidettään tässä asiassa (Taulukko 4b).

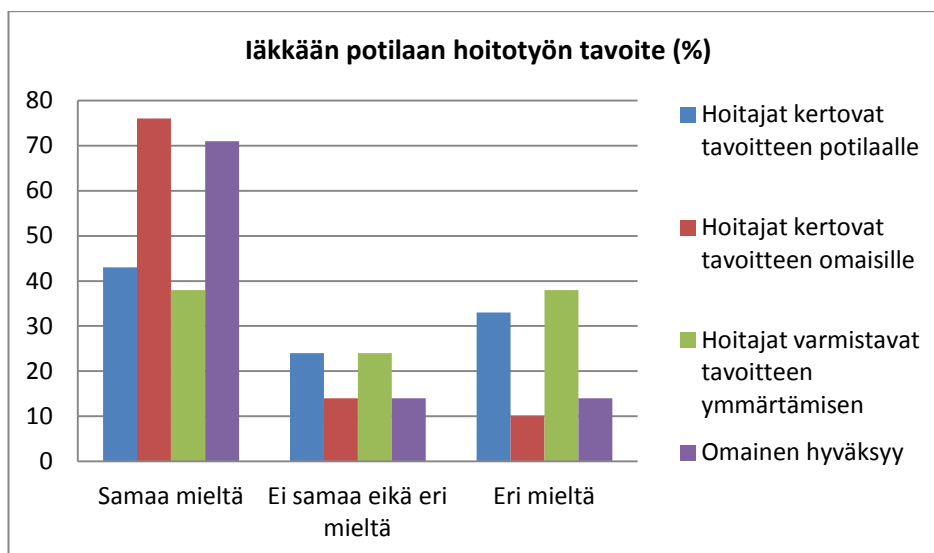
Hoitajat varmistavat tavoitteen ymmärtämisen

Yhtä suuri osa oli samaa mieltä (38%) kuin eri mieltä (38%) siitä, että hoitajat varmistavat aina, että iäkäs potilas on ymmärtänyt hoidolleen asetetun tavoitteen. Vastaajista 24%:lla ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 4b).

Omainen hyväksyy

Suurin osa vastaajista (71%) oli samaa mieltä siitä, että hoitajat varmistavat aina, että iäkkään potilaan omainen hyväksyy potilaan hoidon tavoitteen. Yhtä suuri osa oli eri mieltä (14%) kuin ei ollut osannut ilmaista mielipidettään (14%) tästä asiasta (Taulukko 4b).

Taulukko 4b. Iäkkään potilaan hoitotyön tavoite



Johtopäätökset

Iäkkään potilaan hoitotyön tavoite

Vastaajien mielipiteet hoitotyön tavoitteista jakaantuivat jokaiseen vastausvaihtoehtoon. Hoitotyön tavoite kyllä kerrotaan potilaalle ja omaiselle, mutta tavoitteen asettelussa vastaajilla oli eriäviä mielipiteitä siitä, kuka hoitotyön tavoitteen asettaa. Myös tavoitteen asettamisen ymmärtämisen varmistamisessa vastaajat jakaantuivat kaikkiin kolmeen joko samaa mieltä oleviin, eri mieltä oleviin sekä mielipidettään ilmaisemattomien ryhmään. Koulutuksessa on syytä täsmentää, mikä on hoitotyön tavoite.

Iäkkään potilaan hoitaminen

Yksilöllisen hoitosuunnitelman teko

Vastaajista 29%:ia oli samaa mieltä siitä, että hoitajat laativat iäkkään potilaan kanssa hänen yksilöllisen hoitosuunnitelmansa. Eri mieltä oli lähes puolet (48%) vastaajista ja 24%:lla ei ollut selkeää mielipidettä tästä asiasta (Taulukko 5a).

Hoitosuunnitelma luettavissa

Yhtä suuri osa oli samaa mieltä (38%) kuin eri mieltä (38%) siitä, että iäkkään potilaan hoitosuunnitelma on aina potilaan itsensä ja hänen omaisensa luettavissa. 24%:ia vastaajista ei osannut ilmaista mielipidettään tästä asiasta (Taulukko 5a).

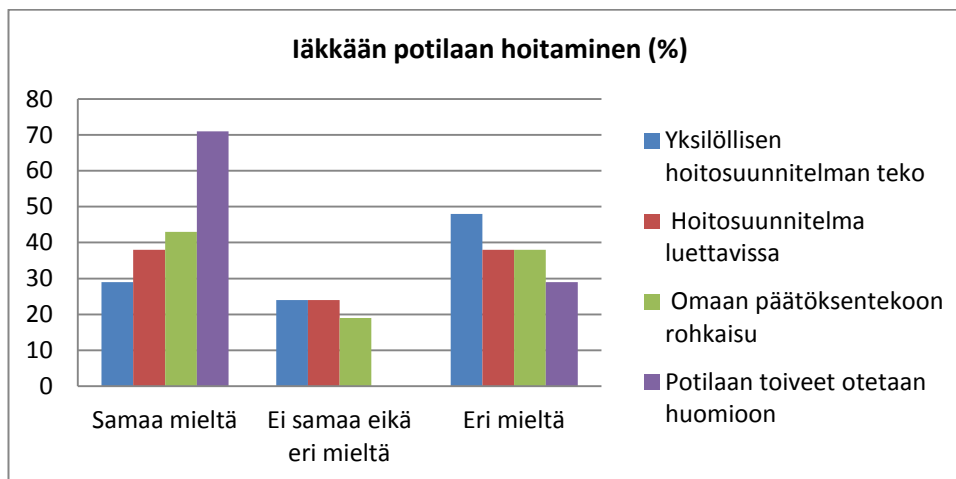
Omaan päätöksentekoon rohkaisu

Vastaajista hieman alle puolet (43%) oli samaa mieltä siitä, että hoitajat rohkaisevat iäkästä potilasta omaan päätöksentekoon hoidossaan. Eri mieltä oli hieman yli kolmasosa (38%) ja 19%:lla ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 5a).

Potilaan toiveet otetaan huomioon

Suurin osa (71%) oli samaa mieltä siitä, että hoitajat ottavat aina iäkkään potilaan toiveet huomioon auttaessaan häntä. Eri mieltä oli yli neljäsosa (29%) vastaajista (Taulukko 5a).

Taulukko 5a. Iäkkään potilaan hoitaminen



Kysytään näkemys kotiutumisesta

Vastaajista suurin osa (62%) oli samaa mieltä siitä, että hoitajat kysyvät iäkkään potilaan näkemyksen kotiutumisesta ennen kotiuttamissuunnitelman tekoa. Vastaajista 38%:ia ei osannut ilmaista mielipidettään tästä asiasta (Taulukko 5b).

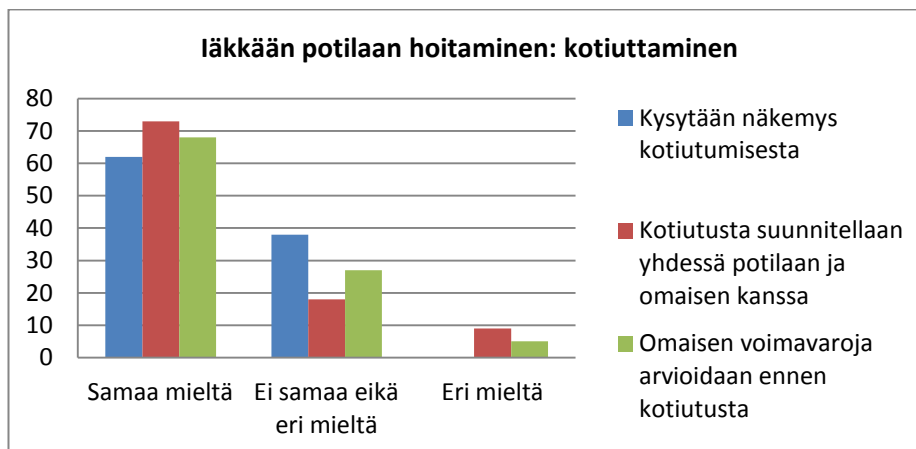
Kotiutusta suunnitellaan yhdessä potilaan ja omaisen kanssa

Suurin osa (73%) vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoitajat suunnittelevat yhdessä iäkkään potilaan ja hänen omaisensa kanssa potilaan kotiutusta. Eri mieltä oli 9%:ia vastaajista ja 18%:lla ei ollut mielipidettä tästä asiasta (Taulukko 5b).

Omaisen voimavaroja arvioidaan ennen kotiutusta

Suurin osa (68%) oli samaa mieltä siitä, että hoitajat arvioivat iäkkään potilaan omaisen voimavaroja omaisen kanssa ennen potilaan kotiutusta. Eri mieltä oli 5%:ia vastaajista ja 27%:ia ei ollut ilmaissut mielipidettään tässä asiassa (Taulukko 5b).

Taulukko 5b. Iäkkään potilaan hoitaminen: kotiuttaminen



Johtopäätökset

Iäkkään potilaan hoitaminen

Yksilöllisen hoitosuunnitelman tekemisestä lähes puolet oli eri mieltä. Hoitosuunnitelman lukemismahdollisuudesta vastaajien mielipiteet olivat puolesta ja vastaan eikä osannut ilmaista mielipidettään tässä asiassa. Potilasta rohkaistaan omaan päätöksentekoon, mutta vastaajista yli kolmasosa ei tee näin. Potilaan toiveet otetaan huomioon 70%:sti. Koulutuksessa tulee kiinnittää huomiota näihin asioihin, koska potilaskeskeisyyden lähtökohtana on muun muassa hänen toiveiden toteuttaminen. Kotiutusasioissa potilaalta kysytään, sitä suunnitellaan yhdessä omaisen kanssa ja omaisen voimavaroja arvioidaan ennen kotiutusta, mutta mielipidettään ilmaisemattomien määrä tässä asiassa on sen verran suuri, että koulutuksessa tullaan käsittelemään aihetta.

Iäkkään potilaan hoidon arviointi

Hoitajat arvioivat yhdessä potilaan kanssa

Vastaajista 36%:ia oli samaa mieltä siitä, että hoitajat arvioivat iäkkään potilaan kanssa hänen hoitonsa onnistumista. Eri mieltä oli lähes puolet (43%) vastaajista ja 23%:lla ei ollut mielipidettä tässä asiassa (Taulukko 6).

Hoitajat arvioivat potilaan ja omaisen kanssa

Yli puolet (55%) vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoitajat arvioivat iäkkään potilaan ja hänen omaisensa kanssa potilaan hoidon onnistumista. Eri mieltä oli

neljäsosa (27%) vastaajista ja 18%:lla ei ollut mielipidettä tässä asiassa (Taulukko 6).

Hoitajat keskustelevat tavoitteen muutoksesta

Lähes puolet (41%) oli samaa mieltä siitä, että hoitajat keskustelevat aina hoidon tavoitteen muutoksesta iäkkään potilaan kanssa. Eri mieltä oli 23%:ia vastaajista ja 36%:ia ei osannut ilmaista mielipidettään tästä asiasta (Taulukko 6).

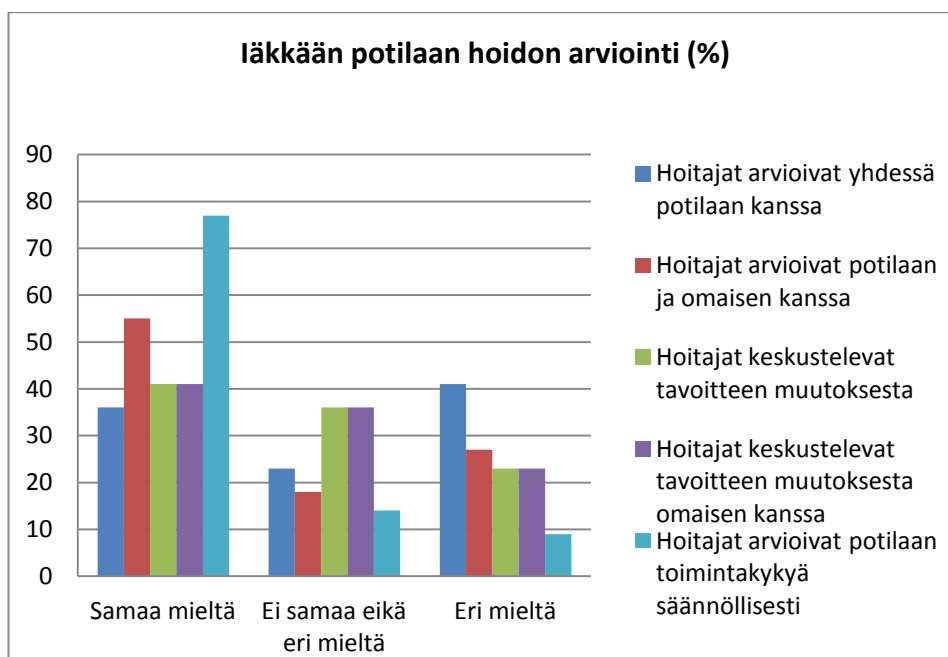
Hoitajat keskustelevat omaisen kanssa

Lähes puolet (41%) oli samaa mieltä siitä, että hoitajat keskustelevat aina iäkkään potilaan omaisen kanssa potilaan hoidon tavoitteen muutoksesta. Eri mieltä oli lähes neljäsosa (23%) ja 36%:ia ei osannut ilmaista mielipidettään tästä asiasta (Taulukko 6).

Hoitajat arvioivat potilaan toimintakykyä säännöllisesti

Suurin osa (77%) oli samaa mieltä siitä, että hoitajat arvioivat säännöllisesti iäkkään potilaan toimintakykyä yhdessä potilaan kanssa. Eri mieltä oli 9%:ia vastaajista ja 14%:lla ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 6).

Taulukko 6. Iäkkään potilaan hoidon arviointi



Johtopäätökset

lääkään potilaan hoidon arviointi

Vastaajien mielipiteet jakaantuivat kaikkiin kolmeen vaihtoehtoon. Hoitajat arvioivat yhdessä potilaan kanssa hoitoa vähemmän kuin potilaan ja omaisen kanssa. Hoitajat keskustelevat yleensä tavoitteen muutoksesta sekä potilaan että omaisen kanssa, mutta osa ei tee näin. Hoitajat arvioivat potilaan toimintakykyä säännöllisesti, mutta jotkut eivät arvioi. Koulutuksessa on syytä korostaa hoidon arvioinnin tärkeyttä.

Potilaskeskeisyys

Potilaalle jää vastuu hoidostaan

Vastaajista 5%:ia oli samaa mieltä siitä, että potilaalle jää vastuu hoidostaan. Eri mieltä olivat lähes kaikki (82%) vastaajat ja 4%:ia ei osannut ilmaista mielipidettään tässä asiassa (Taulukko 7a).

Hoitotyön päätöstä ei voi tehdä ilman potilaan suostumusta

Vajaa 1/5 (18%) oli samaa mieltä siitä, että hoitotyön päätöstä ei voi tehdä ilman potilaan suostumusta. Eri mieltä oli yli puolet (59%) vastaajista ja 23%:lla ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 7a).

Potilaan näkemys hoidossa on ensisijainen

Yhtä suuri osa vastaajista oli samaa mieltä (48%) kuin eri mieltä (48%) siitä, että potilaan näkemys on hoidossa ensisijainen. 5%:lla ei ollut selkeää mielipidettä tässä asiassa (Taulukko 7a).

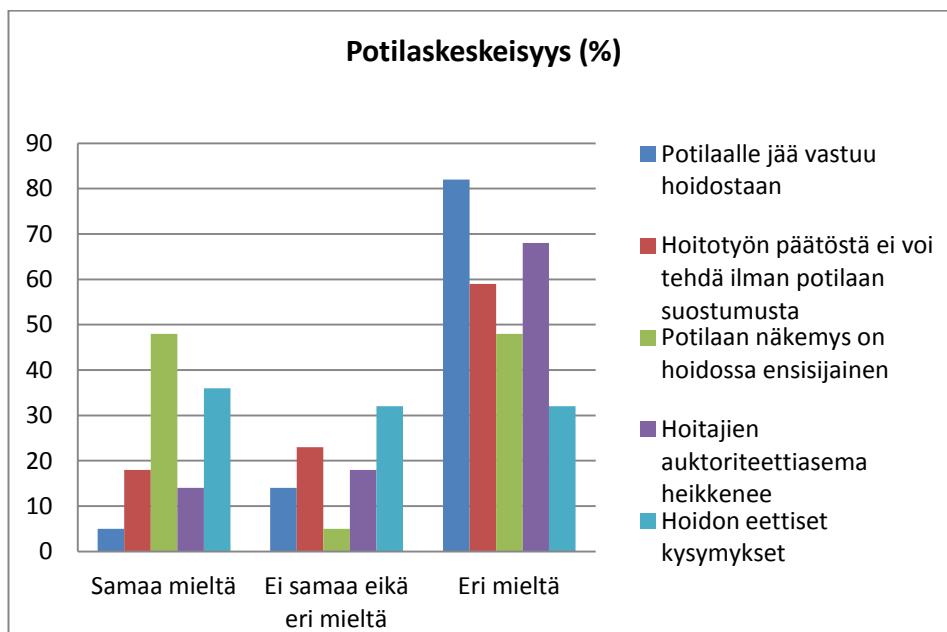
Hoitajien auktoriteettiasema heikkenee

Vastaajista 14%:ia oli samaa mieltä siitä, että potilaskeskeisyydessä hoitajien auktoriteettiasema heikkenee. Eri mieltä oli suurin osa (68%) vastaajista ja 18%:lla ei ollut selkeää mielipidettä tästä asiasta (Taulukko 7a).

Hoidon eettiset kysymykset

Vastaajista 36%:ia oli samaa mieltä siitä, että potilaskeskeisyydessä hoidon eettiset kysymykset monimutkaistuvat. Yhtä suuri osa oli eri mieltä (32%) kuin ne, joilla ei ollut selkeää mielipidettä (32%) tästä asiasta (Taulukko 7a).

Taulukko 7a. Potilaskeskeisyys



Hoitajien työmäärä lisääntyy

Vastaajista hieman alle puolet (41%) oli samaa mieltä siitä, että hoitajien työmäärä lisääntyy entisestään. Eri mieltä oli hieman yli kolmasosa (36%) vastaajista ja 23%:lla ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 7b).

Omaisille tulee keskeinen rooli

Vastaajista 26%:ia oli samaa mieltä siitä, että omaisille tulee keskeinen rooli potilaan hoidossa. Eri mieltä oli puolet (50%) vastaajista ja 14%:lla ei ollut selkeää mielipidettä tässä asiassa (Taulukko 7b).

Hoidon tavoitteen määrittely

Vajaa 1/5 (18%) oli samaa mieltä, että hoidon tavoitteen määrittely vaikeutuu. Eri mieltä oli puolet (50%) vastaajista ja kolmasosalla (32%) ei ollut selkeää mielipidettä tässä asiassa (Taulukko 7b).

Potilaat ja omaiset voivat vaatia kohtuuttomia asioita

Yli puolet (59%) vastaajista oli samaa mieltä siitä, että potilaat ja omaiset voivat vaatia kohtuuttomia asioita. Eri mieltä oli kolmasosa (32%) vastaajista ja 9%:lla ei ollut selkeää mielipidettä tässä asiassa (Taulukko 7b).

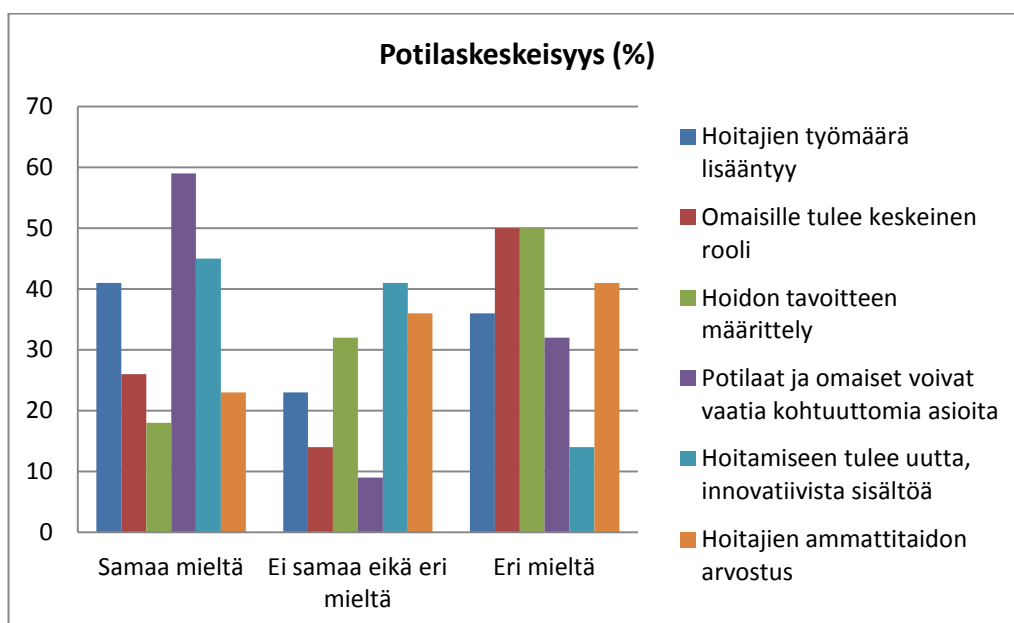
Hoitamiseen tulee uutta, innovatiivista sisältöä

Hieman alle puolet (45%) oli samaa mieltä siitä, että hoitamiseen tulee uutta, innovatiivista sisältöä. Eri mieltä oli alle 1/5 (14%) vastaajista ja hieman alle puolet (41%) ei ollut osannut ilmaista mielipidettään tästä asiasta (Taulukko 7b).

Hoitajien ammattitaidon arvostus

Vastaajista 23%:ia oli samaa mieltä siitä, että hoitajien ammattitaitoa ikääntyneiden potilaiden hoitamisessa aletaan nykyistä enemmän arvostaa. Eri mieltä oli hieman alle puolet (41%) vastaajista ja yli kolmasosalla (36%) ei ollut selkeää mielipidettä tässä asiassa (Taulukko 7b).

Taulukko 7b. Potilaskeskeisyys



Johtopäätökset

Potilaskeskeisyys

Täysin ei potilaskeskeisyys toteudu, koska muutamat vastaajat ovat hoidon vastuun jäämisestä potilaalle eri mieltä sekä potilaan näkemyksen ensisijaisuudesta. Hoitajien auktoriteettiaseman esiintuominen ei ole kovin potilaskeskeistä. Hoitotyön päätöksentekoon ja hoidon eettisiin kysymyksiin on syytä kiinnittää huomiota koulutuksessa. Hoitajien työmäärän lisääntymisestä mielipiteet jakaantuivat puolesta ja vastaan, tähän täytyy koulutuksessa kiinnittää huomiota. Omaisten roolin tulemisesta keskeiseksi samaa mieltä ja mielipidettään ilmaisemattomien määrä ylitti eri mieltä olevat, joten omaisten ottamisesta mukaan hoitoon sekä potilaiden ja omaisten kohtuuttomien asioiden vaatimukseen tulee koulutuksessa keskustella, mitä potilaskeskeisyys merkitsee näissä asioissa. Hoitamisen uudesta, innovatiivisesta sisällöstä potilaskeskeisyyden myötä oltiin epävarmoja. Myös hoitajien ammattitaidon arvostuksen lisääntymisestä mielipiteet jakautuivat, joten koulutuksessa on syytä keskustella, miten oman ammattitaidon arvostusta saadaan lisättyä.

Alkukyselyn tulosten perusteella hoitajien ammatilliseen asenteeseen hoitopäätöksen tekemisessä, potilaiden ja omaisten kohtelussa sekä hoitotyön tuloksien vastuusta tarvittiin koulutusta. Iäkkään potilaan toimintakyvyn arviointiin tarvittiin keinoja, kokonaisuutena hoitotyön prosessiin tarkennusta sekä potilaskeskeisyyden käsitteiden ja merkityksen selventämistä. Interventiossa tuotiin näyttöön perustuva tieto hoitotyöntekijöille sekä sanallisesti että kirjallisesti sähköpostitse osastonhoitajan kautta.

7 KOULUTUKSEN TOTEUTUS

Koulutuksen näkökulmana on sosiaalinen konstruktivismi. Yhteisön vuorovaikutukseen osallistumisessa, keskusteluissa ja yhteisessä toiminnassa yksilön ajatteluprosessit tulevat näkyviin ja niitä pidetään oppimisen

keskeisimpinä mekanismeina. Ryhmässä kunkin perustellut käsitykset luovat pohjaa omaan oppimiseen ja muiden oppimiselle ajatusten ennakko-oletusten ja itsestään selvien asioiden kyseenalaistumiselle. Sosiokulttuuriset näkemykset korostavat yhteisöllisyyttä. (Tynjälä, Heikkinen & Huttunen 2006, 20.)

7.1 ENSIMMÄINEN KOULUTUSKERTA

Tavoitteet

Tavoitteena oli luoda mukava ilmapiiri ja motivoida koulutukseen. Keskeisenä tavoitteena oli hoitohenkilökunnan kouluttaminen, ohjaaminen ja tukeminen omaksumaan potilaskeskeisen hoitotyön periaatteita. Haasteellisena tavoitteena oli tuoda esille vuorovaikutus-, viestintä- ja sosiaalisten taitojen merkitys sekä hoitohenkilökunnan perehdyttäminen toimintakyvyn arviointiin ja konteksteihin. Kokonaistavoitteena oli potilaiden hoitotyön laadun parantaminen kehittämällä toimintaa potilaiden tarpeita paremmin huomioon ottavaan suuntaan.

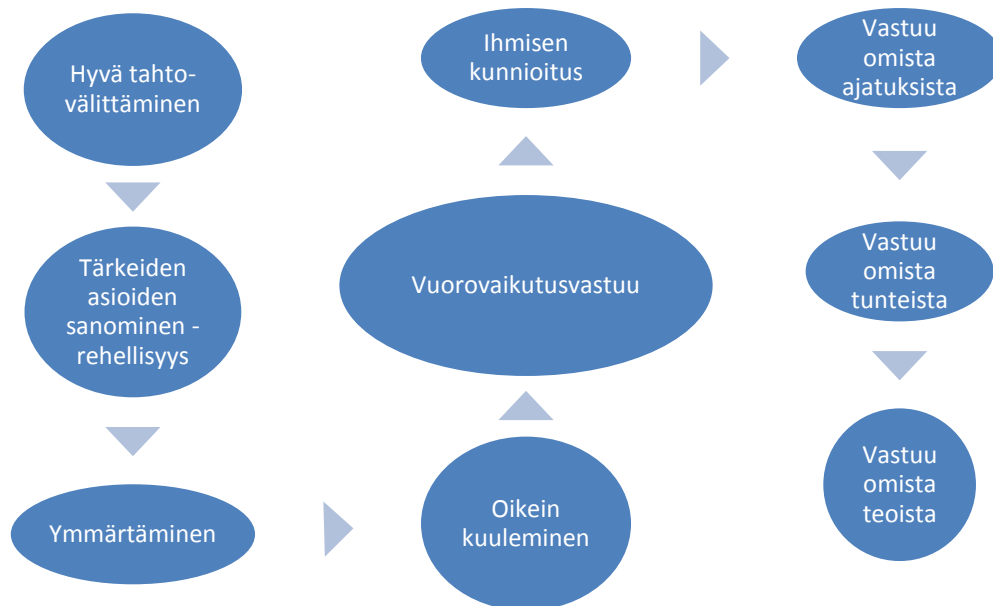
Sisältö

Hoitajien ammatillinen asenne

Ammatillisuudella on erilaisia merkityksiä eri ihmisille. Siinä omat tunteet tulee tiedostaa ja säädellä tunteiden siivittämää käytöstä ja vuorovaikutusta. Vuorovaikutuksen laatu vaikuttaa työhyvinvointiin. Työyhteisössä ammatilliset vuorovaikutuskanavat on pidettävä auki kaikkien kanssa. Hyvä vuorovaikutus edellyttää tiettyjen asenteiden tarkistamista. Hoitajien on hyvä tarkistaa, millaiset ovat minun asenteeni ja millaisten asenteiden varassa meidän työyhteisössä työtä tehdään. (Nousiainen & Piekkari 2007,19.)

Ammatillisen vuorovaikutuksen periaatteina ovat vuorovaikutusvastuu ja ns. ”henkilökemiat”, jotka elävät vahvoina ja jarruttavat vuorovaikutussuhteiden kehittämistä ammattitaitona. Vanhuksen ja omaisten kanssa vuorovaikutuksen onnistumisesta kantaa vastuun ammattilainen. Se on haaste ammattilaiselle, jonka tulee löytää keinot ja yhteinen sopimus vuorovaikutustavasta vastapuolen

kanssa. Työyhteisössä emme voi valita työtovereitamme eikä sitä, kenen kanssa haluamme tehdä yhteistyötä. Ammatilliset vuorovaikutuskanavat on pidettävä auki kaikkien kanssa. Vuorovaikutuskanava on aina ”kaksikaistainen” riippumatta siitä, kuinka eri mieltä itse jostain asiasta on, on kuultava ja tunnistettava toisten viestit. (Nousiainen & Piekkari 2007, 20; Kuvio 6.)



Kuvio 6. Ammatillisen vuorovaikutuksen periaatteet (mukaillen Nousiainen & Piekkari 2007, 20.)

Hyvä tahto näkyy työyhteisön jäseniä kohtaan ammatillisena välittämisenä, joka on jokaisen ammattilaisen ”peruseväs”. Kunnioitusta ei tarvitse erityisesti ansaita, se on ehdotonta ja se tulee säilyttää kaikissa vuorovaikutussuhteissa. Kaikkien tiedostamista epäkohdista keskustellaan. Yhteisön toimintakulttuuri, jossa annetaan myönteistä palautetta ja työstetään kielteisiä ilmiöitä, pysyy terveenä. (Nousiainen & Piekkari 2007, 20.)

Ammattilaisilla on vastuu omista ajatuksistaan, tunteistaan ja teoistaan. Vuorovaikutustyö on usein tunnevaltaista, jolloin tunteet ovat voimakkaita vaikuttajia. Helposti ajatellaan, että se, mitä ihmiselle tapahtuu, johtuu ulkomaailmasta. Tunteiden herätessä huomio kiinnittyy luonnollisesti sen ulkomaailman osaan, joka ne joko todellisesti tai kuvitellusti herätti. Ammatillisen vuorovaikutuksen paikkoja tulisi olla riittävästi. Tällöin toisen työn

ymmärtäminen lisääntyisi, sekä yhteissuunnittelu, toteutus ja arviointi olisi totuttu käytäntö. (Nousiainen & Piekkari 2007,21.)

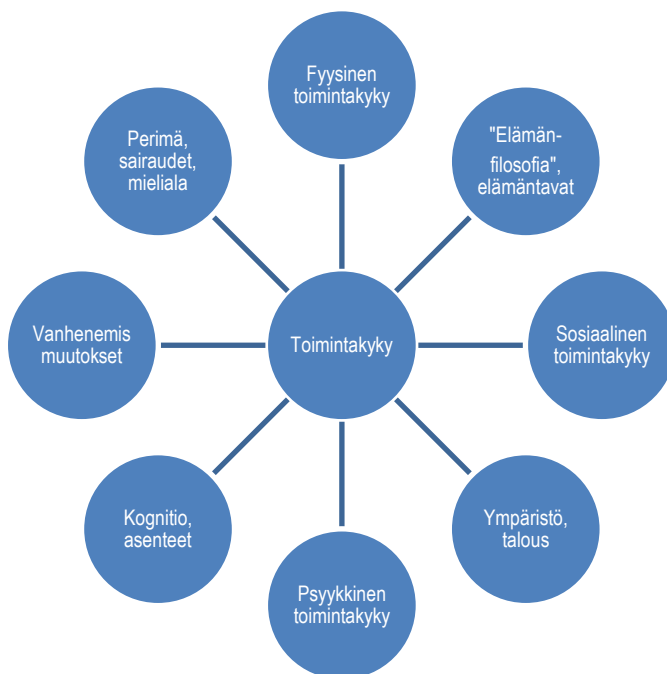
Haasteellista vuorovaikutuksessa on oikein kuuleminen ja ymmärtäminen. Esimerkiksi reitin selittäminen toiselle siten, ettei hän näe karttaa ja yrittää sanojen perusteella muodosta oikean kuvan etenemisestä, osoittaa sanojen monimerkityksisyyden. Kuuntelun merkitys työvälinautena korostuu, hiljaa oleminen silloin, kun toinen puhuu, ei takaa ymmärtävää kuuntelua eikä oikeaa tulkintaa asiaan. Kuuntelua tulee harjoitella ja käyttää tarkistavia kysymyksiä ymmärtämisen tukena, mikä antaa puhujalle tunteen arvostuksesta ja viestin kiinnostavuudesta. (Nousiainen & Piekkari 2007,21.)

Vuorovaikutuksen tärkeä kulmakivi on rehellisyys. Vuorovaikutustilanteissa on tärkeää säilyttää sekä hienotunteisuus että suoruus, jotka tukevat uskottavuutta ja toisen halua ottaa vastaan asia. Työyhteisössä on hyvä vuorovaikutusyhteys kaikkiin, jolloin luottamus rakentuu ja antaa tunteen hyväksytyksi tulemisesta. Työyhteisön jäsenten välillä ei saa olla katkenneita vuorovaikutussuhteita, jotka estäisivät yhteisen työn suorittamista tai saisivat aikaan yhteisössä varomista ja mutkikkaita viestien välittämiskuvioita. Ammatillisuuden periaatteita noudattamalla mikään tärkeä asia ei voi jäädä puhumatta. (Nousiainen & Piekkari 2007, 21.)

Toimintakyvyn arviointi

Toimintakyky on kykyä selviytyä päivittäisistä toiminnoista, joita ovat perustoimet, monimutkaiset välineelliset toimet, työ ja harrastukset. Fyysistä toimintakykyä voidaan arvioida kardiorespiratorisella suorituskvyyllä, liikuntakvyyllä, lihasvoimalla ja tasapainolla. Psyykkistä toimintakykyä voidaan arvioida kognitiolla, mielialalla, elämänhallinnalla ja psyykkisellä hyvinvoinnilla. Sosiaalista toimintakykyä voidaan arvioida sisäisellä kokemuksella integraatiosta, sosiaalisen verkoston ja sosiaalisen aktiivisuuden avulla. Toimintakyky on riippuvaista paitsi omista kvyyistä, myös ympäristön mahdollisuuksista, sosiaalisesta tuesta ja asenteista. (Lönneröös 2009.)

Kuviossa 7 kuvataan ikääntyneen potilaan kokonaisvaltaista toimintakyvyn arvioinnin konteksteja. (Mukaellen Lönnroos 2009.)



Kuvio 7. Toimintakyvyn arvioinnin konteksteja. (Mukaellen Lönnroos 2009.)

lääkään potilaan toimintakyvyn arviointi

Potilaan toimintakyvyn arviointiin on kehitetty lukuisia mittareita. On tavoiteltu menetelmää, joka luotettavasti kuvaisi yksilön toimintakyvyn fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena sekä toimintakyvyn asteen, avun tarpeen ja hoitoisuuden. Sellaista yksinkertaista mittaria, joka vastaisi kaikkiin näihin vaateisiin, ei ole saatu aikaiseksi. (Valvanne 2007, 8.)

Yleensä selvitetään potilaan selviytymistä jokapäiväisessä elämässä. Mikäli vaativat päivittäiset toimet sujuvat, on epätodennäköistä, että välinetoiminnoissa tai päivittäisissä perustoiminnoissa olisi vaikeuksia. Puristusvoima on yksi hyvin elinvoimaa kuvaava toiminto. Kävely, riisuutuminen ja liikkuminen antavat yleiskuvan fyysisestä toimintakyvystä ja kardiorespiratorisesta suorituskyvystä. Suurten nivelten, kuten olkapäiden, polven ja lonkkien liikkuvuus korreloi perustoimintojen vaikeutumiseen. On suositeltavaa käyttää standardoitua toimintakykymittaria. (Valvanne 2007, 8.)

lääkään potilaan hoidon tarpeen arviointi

Vanhenemiseen liittyy monia fysiologisia muutoksia, jotka altistavat myös ravitsemustilan häiriöille. Lihaskudos vähenee, rasvakudos lisääntyy, veden osuus vähenee ja luuston mineraalipitoisuus elimistössä pienenee. Tämän seurauksena perusaineenvaihdunta hidastuu, mikä yhdessä vähentyneen liikunnan kanssa pienentää energiantarvetta. Lisäksi sairaudet ja lääkkeiden käyttö vaikuttavat ravitsemustilaan ja nestetasapainoon. Huono toimintakyky ja vähäinen liikunta voivat siis johtaa päivittäisen liian vähäisen energian myötä myös vitamiinien ja kivennäisaineiden saantiin, jopa puutostilan kehittymiseen. Vanhuksen aliravitsemuksella on vaikutusta terveydentilaan, sillä se huonontaa immuunijärjestelmän toimintaa, mikä lisää sairastuvuutta ja hidastaa toipumista, myös stressitilanteiden sietokyky heikkenee, lihasvoima heikkenee ja omatoimisuus vähenee. Mikä taas johtaa makuuhaavojen yleistymiseen ja haavojen parantumisen hidastumiseen. (Räihä, 2007,18.)

RAVA™ -mittari on ikäihmisen toimintakyvyn arviointiin kehitetty lomake, jolla arvioidaan toimintakykyä ja avuntarvetta. Mittari on Suomen kuntaliiton omistama. Toimintakykyä arvioidaan seuraavien toimintojen avulla: näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, rakon ja suolen toiminta, syöminen, lääkitys, pukeutuminen, peseytyminen, muisti ja psyyke. RAVA- arvioinnit tallennetaan web-pohjaisella RAVATAR- tietokoneohjelmalla valtakunnalliseen tietokantaan. Tämä mahdollistaa muun muassa kuntien välisen vertailun. RAVA™ -mittarin saa käyttöön hankkimalla lisenssin tai kouluttamalla arvioinnin tekijät mittarin oikeaan käyttöön. (THL 2009.)

Mikäli arvioitaessa tehtäessä havaitaan, että potilaan muistissa tai mielialassa on normaalista poikkeavaa, tulee nämä aina testata tarkemmin esimerkiksi MMSE (Mini- Mental State Examination) käyttämällä. MMSE testi soveltuu kognitiivisten häiriöiden seulontaan ja kognitiivisen toimintakyvyn muutoksen seurantaan. (Mänty ym. 2007.)

Vanhusten aliravitsemuksen syyt johtuvat yleensä useista tekijöistä, kuten vähentyneestä energiantarpeesta, maku- ja hajuaistin huononemisesta,

huonoista hampaista tai sopimattomasta proteesista, somaattisista sairauksista, masennuksesta, kognitiivisista häiriöistä sekä fyysisistä esteistä. Huono näkö ja kuulo voivat estää syömistä, kuten myös kipu ja lääkkeiden sivuvaikutukset. Nämä jäävät usein huomiotta rutiinitutkimuksen yhteydessä. Vanhuksen ravitsemustilan arvioinnissa voidaan käyttää Mini Nutritional Assessment (MNA)- arviointimenetelmää. Menetelmä ottaa huomioon vanhuksen fyysisen ja psyykkisen terveydentilan, toimintakyvyn ja elinolosuhteet. Vanhusten ravitsemustilaa voidaan parantaa yksinkertaisin keinoin. Lisätään liikuntaa, jolloin lihasvoima lisääntyy. Monipuolistetaan ruokavaliota ja kunnioitetaan vanhuksen makutottumuksia. Ruokailuun varataan riittävästi aikaa ja tarvittaessa häntä avustetaan ruokailussa. Ruokailun sosiaalisen ulottuvuuden merkitystä ei pidä unohtaa, sillä yksinäisyydessä ruoka ei saata maistua lainkaan. Tarvittaessa käytetään lisäravinteita. (Räihä, 2007,18-21.)

Valtionravitsemusneuvottelukunnan uusimpien ohjeiden mukaan ikääntyneiden ravitsemussuosituksissa ateria-aikojen tulee jakautua tasaisesti pitkin päivää. Erityisen tärkeä on tarjota iltapala, jotta illan viimeisen ja aamun ensimmäisen aterian välinen aika ei ole liian pitkä. Tämä on erityisen tärkeää. Yöpala voi auttaa levotonta yöllä heräilevää rauhoittumaan. (VRN 2010.) Potilaskeskeisyys on tärkeä osa korkealaatuista hoitoa. Hoitotyössä sillä tarkoitetaan hoitopalvelujen tuottamista potilaan odotusten ja tarpeiden mukaan.

Mikäli vanhus ei kykene päätöksentekoon tai kommunikoidaan henkilökunnan kanssa, vastuu siirtyy omaisille tai muille läheisille. Potilaan läheisillä henkilöillä on usein selkeä näkemys potilaan mieltymyksistä ja he voivat tehdä tärkeitä huomioita hoitoa suunniteltaessa. Ohjaus on tärkeässä roolissa. Potilaalta tulee aina kysyä, missä määrin hän haluaa läheisten osallistuvan hänen hoitoonsa. (McCormack 2003, 178 - 188.)

lökkään potilaan hoitaminen

Potilaalla on oikeus saada selvitys terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri vaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista. Tiedonsaantioikeus koostuu joko suullisesti tai kirjallisesti annettavista tiedoista, tutustumisesta asiakirjoihin tai niiden kopioista. Ei saa antaa sellaisia tietoja,

jos on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Sairauskertomustietoja muista henkilöistä kuin potilaasta ei paljasteta eikä anneta tietoja niin, että henkilön yksityinen etu vaarantuu. Tietoja ei myöskään anneta vastoin potilaan tahtoa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista suuntaa terveydenhuollon toimintaa kohti potilaskeskeisyyttä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Lain tavoitteena on saada terveystalveluiden laadun ulottuvuuksilla potilaskeskeinen hoito "normiksi". (Perälä 2006.)

Näyttöön perustuva toiminta perustuu näyttöön perustuvaan päätöksentekoon. Päätöksenteossa käytetään näytön lisäksi jokaisessa hoitopäätöksessä tietoa potilaan tilanteesta ja toiveista, tietoa työntekijän käytännön kokemuksen kautta kartuttamasta tiedosta sekä tietoa työ- ja toimintayksikön antamista mahdollisuuksista. Päätöksenteon taustalla ovat aina myös julkilausutut tai piiloarvot. (Perälä & Pelkonen 2006.)

Toteutus

Alkukyselyn tulokset kyselylomakkeen osioista ja pidettiin luento ja keskusteltiin aiheesta. Hoitohenkilökunnalle lähetettiin luentomateriaali kirjallisena sähköpostitse osastonhoitajan kautta. (Liite 1.)

Arviointi

Hoitohenkilökunnalla oli mahdollisuus suulliseen ja kirjalliseen palautteen antoon koulutustilaisuudessa. Kirjallista palautetta pyydettiin hoitohenkilökunnalta myös sähköpostitse koulutuksen jälkeen.

7.2 TOINEN KOULUTUSKERTA

Tavoitteet

Tavoitteena oli motivoida päivän aiheeseen ja keskusteluun. Hoitotyön tavoite asetetaan, jokainen hoitaja tietää hoitotyön yhteydessä käytetyt käsitteet potilaskeskeisyydestä ja niistä keskustellaan potilaan kanssa. Keskeisenä tavoitteena on, että yksilölliset hoitosuunnitelmat laaditaan, jossa potilaan

toiveet otetaan huomioon. Tavoitteena on saada hoitajat arvioimaan potilaan hoitoa, hoidon tavoitteen muutosta ja toimintakykyä sekä kotiutuessa omaisen voimavaroja ennen kotiutusta yhdessä potilaan/omaisen kanssa. tavoitteena oli myös käydä läpi hoitotyön prosessi iäkkään potilaan hoitamisessa.

Sisältö

lökkään potilaan hoitotyön tavoite

On olemassa erilaisia tapoja ennustaa, ylläpitää ja arvioida hoitotyön tavoitteita. Tärkeintä on, että tavoitteet asetetaan ja niistä ollaan tietoisia. Tavoitteilla ylläpidetään iäkkään potilaan toiminnallista ja psykososiaalista kyvykkyyttä tukemalla ja edistämällä päivittäisissä toiminnoissa selviytymistä mahdollisuuksien mukaan. lökkään potilaan hoitotyön tavoitteet muotoillaan potilaan ja hänen omaisensa kanssa yhdessä potilaan saavutettavissa oleva terveys ja toimintakyky huomioon ottaen. (Routasalo ym. 2004, 221.) Realististen tavoitteiden asettaminen edellyttää potilaan toimintakyvyn huolellista selvitystä ja jatkuvaa seurantaa.

Terveystenhuollon asiakkaan oikeudet määritellään laissa potilaan oikeuksista. Laki koskee julkisia ja yksityisiä terveydenhuollon yksiköitä sekä sosiaalihuollon laitoksia, kuten vanhainkodeissa tai vammaisten palveluissa annettavia terveydenhuollon palveluita. Potilaalla on oikeus hyvään terveydenhoitoon ja sairaanhoitoon. Samoin hänellä on oikeus hyvään kohteluun niin, että potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri otetaan mahdollisuuksien mukaan huomioon hoidossa ja kohtelussa. Hoito tapahtuu yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Hoidon aloittamiseksi hankitaan aina, kun on mahdollista, potilaan tai hänen omaisensa suostumus. (STM 2008.)

lökkään potilaan hoitaminen

lökkäiden potilaiden terveysongelmia pystytään harvoin parantamaan tai poistamaan, siksi hoitotyöllä on tärkeä tehtävä iäkkään henkilön selviytymisen edistämässä ja terveysongelmien haittojen lieventämisessä. (Clark & Wall 2003, 148.) Kuntoutumista edistävän hoitotyön edellytyksenä on hoitajan

sitoutuminen potilaan kuntoutumisen edistämiseen, mikä tulee esille muun muassa hyvässä perushoidossa ja potilaan omatoimisuuden tukemisessa. Potilaan puolesta tekemisen sijasta hoitaja ohjaa ja kannustaa potilasta yrittämään itse. (Booth, ym. 2005.)

Hoitohenkilöstön työympäristö on keskeinen tekijä sekä potilaiden että hoitajien hyvinvoinnin kannalta. Tutkimusten mukaan on tunnistettu organisaatioissa ne piirteet, jotka mahdollistavat ammattitaitoisten hoitajien käyttää hyvin osaamistaan ja taitojaan tuottaakseen korkealaatuista potilaiden hoitoa. (Partanen, ym. 2007, 19.)

Organisaation toiminta perustuu yhteisesti mielletyn todellisuuden olemassaoloon. Todellisuuden luonne on sosiaalinen ja se rakentuu ihmisten välisissä keskusteluissa ja julkilausumissa, joissa määritellään organisaation perustehtävää. Mikä on tärkein tehtävä, mitä rooleja kullakin on ja mitä yhteisesti sovittuja pelisääntöjä noudatetaan. Jokainen tulkitsee näitä omalla kohdallaan, jokaisen toiminta vaikuttaa aina toisen toimintaan ja viime kädessä organisaatio saa muotonsa jäsentensä mielessä. Ei ole olemassa yhtä totuutta, vaan useampia tapoja tarkastella todellisuutta. Ihmisten väliset aikomukset, tavoitteet ja tunteet koetaan todellisuudeksi. (Puutio 2002, 12-13.)

Iäkkään potilaan hoidon arviointi

Haasteena on selvittää, miten hoitajat konkreettisesti tukevat potilaan omatoimisuutta päivittäisten toimintojen yhteydessä. (Booth ym. 2005,)

Sairaanhoitajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjinä - tutkimuksessa oli tarkoituksena tunnistaa kuntoutumista edistäviä hoitotyön menetelmiä ja kuvata sairaanhoitajan ja perushoitajan toimintaa potilaan kuntoutumisessa. Hoitajien toimintatavoiksi nimettiin koordinoija, tiedon antaja, kanssakulkija, kannustaja ja auttaja. Potilaan toimintakyvyn arviointiin hoitaja käytti tarvittaessa erilaisia mittareita, kuten itsenäisen toimintakyvyn mittari (FIM), masentuneisuuden mittari (GDS), kognitiivisen toimintakyvyn mittari (MMSE) sekä kaatumisen pelko mittaria. (Haapaniemi, ym. 2006, 202.)

On tärkeää sopia muiden hoitajien kanssa työskentelytavoista, jotta kunkin potilaan kanssa toimitaan yhtenäisesti. Esimerkiksi hoitaja antaa potilaan suoriutua itsenäisesti pukeutumisesta ja olla läsnä omatoimisuuteen ohjaamisessa mahdollisuuksien mukaan. Potilaan siirtyessä vuoteesta pyörätuoliin hoitajat antavat selkeät ohjeet. (Haapaniemi ym. 2006,202.)

Jatkuva arviointi oli potilaan toimintakyvyn havainnoimista hoitojakson alusta lähtien. Arviointia tapahtui päivittäisessä kirjaamisessa, tiedotustilaisuuksissa, toimintakyvyn mittauksissa ja moniammatillisissa kuntoutuskokouksissa. (Haapaniemi ym. 2006, 202.)

Potilaalla on itsemääräämisoikeus. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaalle ei saa antaa sellaista hoitoa tai tehdä sellaisia toimenpiteitä, joista hän kieltäytyy. Jos hän kieltäytyy hoidosta, häntä on mahdollisesti hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla, johon hän suostuu. Viime kädessä lääkäri päättää hoidosta lääketieteellisten syiden perusteella. Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta. Potilasasiakirjoihin merkitään kieltäytyminen luotettavalla tavalla vahvistettuna. (Valvira 2011.)

Toteutus

Käytiin läpi alkukyselyn kyselylomakkeen tulokset, pidettiin luento ja keskusteltiin tuloksista sekä aiheen tuomista ajatuksista. Hoitohenkilökunnalle lähetettiin luentomateriaali kirjallisena osastonhoitajan kautta sähköpostitse. (Liite 2.)

Arviointi

Hoitohenkilökunnalle annettiin mahdollisuus palautteen antoon. Kirjallista palautetta pyydettiin hoitohenkilökunnalta myös sähköpostitse koulutuksen jälkeen.

7.3 KOLMAS KOULUTUSKERTA

Tavoitteet

Tavoitteena oli motivoida päivän aiheeseen ja keskusteluun. Keskeisenä tavoitteena oli näyttöön perustuvan tiedon tuominen potilaskeskeisyydestä keskustelun pohjaksi. PowerPoint-esityksenä oli potilaskeskeisyyden ulottuvuudet-kuvio (Mead & Bowerin 2000 mukaan) ja sen selittäminen niin, että jokainen hoitaja ymmärtää, mitkä kaikki asiat vaikuttavat potilaskeskeisyyteen. Lisäksi kokonaistavoitteena oli selvittää, mitä potilaskeskeisyys on iäkkään potilaan hoitamisessa.

Sisältö

Potilaskeskeisyys käsitteenä

Potilaskeskeisyys (patient-centredness)-käsite voi tarkoittaa ammatillista potilaan tarpeisiin vastaamista. Lähtökohtana on potilaan todellisuus, jossa potilaan arvoja, mieltymyksiä ja ilmaistuja tarpeita kunnioitetaan ja ne toteutuvat käytännön hoitotyössä. Potilas nähdään biopsykososiaalisena kokonaisuutena: ihmisenä, persoonana ja yksilönä, joka on itse mukana hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. (Mead & Bower 2000; Sorsa 2002; de Haes & Koedoot 2003.)

Potilaskeskeisyyden lainsäädännölliset velvoitteet ovat ihmisarvon, oikeudenmukaisuuden ja itsemääräämisoikeuden, vakaumuksen ja yksityisyyden kunnioittaminen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Potilaskeskeisyyden ulottuvuuksiin kuuluu myös hoitajan ymmärtäminen ihmisenä, jonka arvot vaikuttavat hoitotyöhön. Hoitajan ammattieettiset velvoitteet ilmenevät potilaskeskeisyydessä laadukkaana, tavoiteltavana hoitona, joka tukee potilasta. (Leino-Kilpi 2003; van Dulmen 2003; Barron, Reeves & West 2004.)

Potilaskeskeisyys voi olla erityisen haastavaa vanhusten pitkäaikaissairaanhoidossa eristysosastolla, jossa kanssakäyminen on rajoitettua. Myös potilaskeskeisyyden toteuttamiseen voi liittyä ongelmia. Tutkimuksen mukaan potilaat eivät halua saada tietoa sairaudestaan, vaan he haluavat jättää päätöksenteon kokonaan ammattilaisille. Iäkkäät ja matalan koulutustaustan omaavat henkilöt suosivat mieluummin lääkärikeskeistä hoitoa. (de Haes 2006, 293.) Tällaisissa tilanteissa pyritään järjestämään

potilaskeskeinen keskustelu, jossa potilaan annetaan päättää, kuinka paljon hän osallistuu päätöksentekoonsa. (van Dulmen 2003, 195.)

Potilaskeskeisyys on nykyään yksi tärkeimmistä hyvän hoidon kriteereistä. Sitä arvostetaan terveydenhuollossa, ja asiasta käydään julkista keskustelua toimintatapojen muuttamiseksi potilaskeskeisempään suuntaan. Jokainen hoitopäätös perustuu tietoon potilaan tilanteista ja toiveista, työntekijän käytännön kokemuksen kartoittamaan tietoon sekä tietoon työ- ja toimintayksikön antamista mahdollisuuksista. Päätöksenteon taustalla ovat arvot. Potilas on oman tilanteensa paras asiantuntija ja päätöksentekoon osallistuja itseään koskevassa asiassa. (Perälä & Pelkonen 2006.)

Toteutus

Käytiin läpi alkukyselyn kyselylomakkeen tulokset, pidettiin luento ja keskusteltiin aiheesta. Hoitohenkilökunnalle lähetettiin luentomateriaali kirjallisena osastonhoitajan kautta sähköpostitse. (Liite 3.)

Arviointi

Hoitohenkilökunnalle annettiin mahdollisuus palautteen antoon osastotunnilla. Kirjallista palautetta pyydettiin hoitohenkilökunnalta myös sähköpostitse koulutuksen jälkeen.

7.4 NELJÄS KOULUTUSKERTA

Tavoitteet

Tavoitteena oli luoda mukava ilmapiiri ja motivoida koulutukseen ja toivottaa uudet hoitajat tervetulleiksi. Keskeisenä tavoitteena oli kerrata hoitohenkilökunnalle potilaskeskeisyyden periaatteet. Haasteellisena tavoitteena oli tuoda esille vuorovaikutus-, viestintä- ja sosiaalisten taitojen merkitys. tavoitteena oli myös hoitohenkilökunnan perehdyttäminen toimintakyvyn arviointiin ja sen konteksteihin. kokonaistavoitteena oli potilaiden hoitotyön laadun parantaminen kehittämällä toimintaa potilaiden tarpeita paremmin huomioon ottavaan suuntaan. Kertauksen tavoitteena oli, että

koulutuksen jälkeen hoitajat tietävät, mihin koulutuksella pyritään ja mitä on yksilövastuinen hoitotyö.

Sisältö

Käydä läpi alkukyselyn tulokset ja järjestää koulutuksen kertaus. Kerrattiin keskeiset käsitteet kyselylomakkeen mukaisessa järjestyksessä, hoitotyön prosessin mukaan etenevässä järjestyksessä. Kunkin koulutuskerran teoria on liitetty alku- ja uusintakyselyn tulosten vertailu osioon.

Toteutus

Kaikkien kolmen edellisen koulutuskerran kirjallinen materiaali lähetettiin uusille hoitajille osastonhoitajan kautta sähköpostitse. Käytiin läpi alkukyselyn tulokset osastotunnilla. Lopuksi käytiin keskustellen kyselylomakkeen aihealueet läpi. (Liite 4.)

Arviointi

Hoitohenkilökunnalla oli mahdollisuus palautteen antoon osastotunnilla. Kirjallista palautetta pyydettiin hoitohenkilökunnalta myös sähköpostitse koulutuksen jälkeen.

7.5 Potilaskeskeisyys hoitajien näkökulmasta koulutuksen jälkeen

Alku- ja uusintakyselyn vertaaminen

Hoitajien ammatillinen asenne iäkkään potilaan hoitamisessa

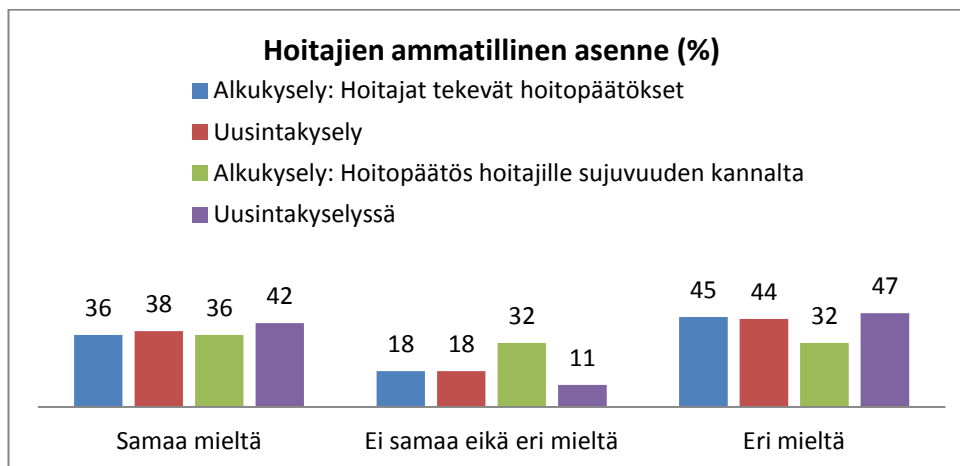
Hoitopäätös

Alkukyselyssä vastaajista 36%:ia ja uusintakyselyssä 38%:ia oli sitä mieltä siitä, että hoitajat tekevät keskenään iäkkään potilaan hoitopäätökset. Eri mieltä oli alkukyselyssä 36%:ia ja uusintakyselyssä 44%:ia vastaajista. Alku- ja uusintakyselyssä 18%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 8a).

Alkukyselyssä samaa mieltä oli 36%:ia ja uusintakyselyssä 42%:ia vastaajista siitä, että iäkkään potilaan hoitamisen sujuvuuden kannalta oli järkevää siirtää hoitopäätös hoitajille. Alkukyselyssä eri mieltä oli 32%:ia ja uusintakyselyssä

47%:ia vastaajista. Alkukyselyssä 32%:ia ja uusintakyselyssä 11%:ia vastaajista ei osannut ilmaista mielipidettään tästä asiasta(Taulukko 8a).

Taulukko 8a. Hoitajien ammatillinen asenne



Kirjallisuuden perusteella

Hyvän hoidollisen päätöksenteon pohjana on ammatillinen tietorakenne, joka muodostuu teoriasta ja käytännön tiedosta. Tutkimustiedon lisäksi tarvitaan tietoa potilaasta ja potilaalta. Potilaan tiedonsaanti hoidon vaihtoehtoista on lakisääteinen, mutta vaatii oikeaa asennetta ja kokemusta. Potilasta tulee kertoa riittävästi eri vaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista ja varmistaa, että potilas on ymmärtänyt ja sisäistänyt asian. Asiantuntijuutta on kyky tunnistaa tilanne, jossa potilas ei kykene tai halua käyttää hänelle kuuluvaa oikeutta päätöksentekoon. Hoitopäätös syntyy yhteisymmärryksessä, osallistuvassa vuoropuhelussa (dialogissa) yhdessä potilaan kanssa aina, kun se olosuhteiden mukaan on mahdollista. Tärkeintä on säilyttää oikea, potilaan parhaaseen tähtäävä hoitoasenne. (de Haes 2006,295; Elomaa - Koivuniemi 2004,17; Nuutinen 2007,322; Sorsa 2002,42.)

Jokainen hoitopäätös perustuu tietoon potilaan tilanteista ja toiveista, työntekijän käytännön kokemuksen kartoittamaan tietoon sekä tietoon työ – ja toimintayksikön antamista mahdollisuuksista. Päätöksenteon taustalla ovat arvot. Potilas on oman tilanteensa paras asiantuntija ja päätöksentekoon osallistuja itseään koskevassa asiassa. (Perälä & Pelkonen 2006.)

Kompetenssilla tarkoitetaan päätöksentekoon tarvittavia kykyjä. Tietoon perustuvan suostumuksen antaminen edellyttää, että potilas on kykenevä (kompetentti) antamaan suostumuksensa. Potilaan tulee kyetä vastaanottamaan ja ymmärtämään toimenpidettä tai tutkimusta koskevaa tietoa. Tietoon perustuva suostumus jaetaan kahteen osaan, informaatioon ja luvan antamiseen. Informaatio-osa tarkoittaa sekä toimenpidettä koskevan tiedon välittämistä potilaalle että prosessia, jonka avulla potilas käsittelee saamaansa tietoa. Luvan antaessaan potilas tekee vapaaehtoisen päätöksen suostuessaan ehdotettuun toimenpiteeseen. (Beauchamp & Childress 1994.)

Työyksiköiden kannalta näyttöön perustuva toiminnan toteuttamiseksi käyttökelpoisinta on tiivistetty tieto, erityisesti hoitosuositukset (Käypä hoito, hoitotyön suositukset) ja näihin perustuvat päätöksenteon apuvälineet. Työyksiköissä tarvitaan toimintaedellytyksiä näyttöön perustuvan toiminnan toteuttamiseksi, sillä hoitotyössä tuotetaan uutta tietoa niin runsaasti, ettei yksittäinen työntekijä pysty enää lukemaan kaikkia oleellisintakaan uusinta tietoa. Hoitosuositukset ovat asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatimia ja tieteellisesti perusteltuja kannanottoja tutkimus- ja hoitovaihtoehtojen vaikuttavuuteen. (Perälä & Pelkonen 2006.)

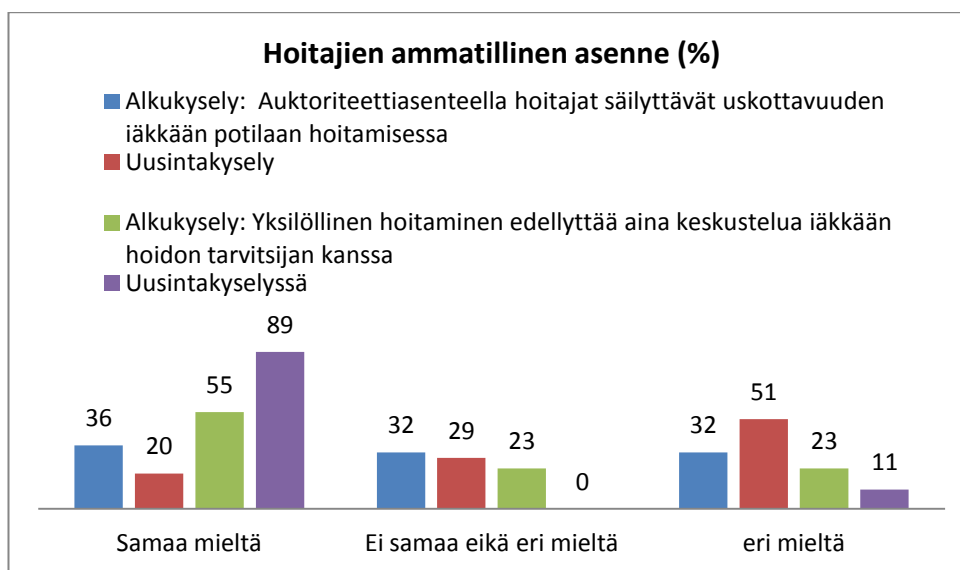
Auktoriteettiasenne

Auktoriteettiasenteella uskottavuuden säilyttämisestä mielipiteet erottuivat: alkukyselyssä oli samaa mieltä 38%:ia ja uusintakyselyssä 42%:ia vastaajista, eri mieltä alkukyselyssä 44%:ia ja uusintakyselyssä 47%:ia vastaajista, alkukyselyssä 18%:ia ja uusintakyselyssä 11%:ia vastaajista ei osannut ilmaista mielipidettään tässä asiassa (Taulukko 8b).

Yksilöllisyys

Alkukyselyssä 55%:ia oli samaa mieltä siitä, että yksilöllinen hoitaminen edellyttää aina keskustelua iäkkään potilaan kanssa ja uusintakyselyssä suurin osa (89%) vastaajista. Eri mieltä alkukyselyssä oli 23%:ia ja uusintakyselyssä 11%:ia vastaajista. Alkukyselyssä 23%:ia vastaajista ei osannut ilmaista mielipidettään tässä asiassa ja uusintakyselyssä kaikilla oli mielipide asiasta (Taulukko 8b).

Taulukko 8b. Hoitajien ammatillinen asenne



Kirjallisuuden perusteella

Potilaan rooliin liittyy aina tietynasteinen epäkompetenttius. Sairauden ja terveyden suuri henkilökohtainen merkitys vaikuttaa siihen, millaiseksi potilaan rooli muodostuu. Kyky tehdä hoitavasta osapuolesta riippumattomia päätöksiä heikentyy siitä yksinkertaisesta syystä, että henkilökunnalta odotettu apu nostaa heidät auktoriteettiasemaan. Avun tarve voi aiheuttaa joissakin potilaissa alistumisen tunnetta, jolloin potilaan on vaikea olla eri mieltä hoitavan henkilöstön kanssa. Toiset taas saattavat pitää hoitavan henkilön auktoriteettiasemaa ainoana mahdollisena paranemista edistävänä tekijänä. Erilaisista laeista ja säädöksistä huolimatta potilas on potilas – huolimatta siitä, vaihdetaanko potilas- nimitys asiakkaaksi tai kuluttajaksi. (Välimäki & Lehtonen 2002.)

Yksilöllistä hoitamista voidaan toteuttaa esimerkiksi yksilövastuisessa hoitotyössä, jossa autonomia eli itsenäisyys merkitsee ammatillisia haasteita ja mahdollistaa ammatillista kasvua. Yksilövastuinen hoitotyö toteutuu, kun hoitotyö on yksilöllistä, jatkuvaa, kokonaisvaltaista ja koordinoitua.

Yksilövastuinen hoitotyö on potilaan ja omahoitajan, kahden yhdenvertaisen ihmisen yhteistyösuhde. Potilas elää ainutlaatuista elämäntilannettaan, johon omahoitaja tuo yhteistyösuhteessa potilaan käyttöön oman henkilökohtaisen ammatillisuutensa. Kattavuus tarkoittaa potilaan kokonaishoitoa, jolloin hoitaja ottaa huomioon potilaan fyysiset, emotionaaliset, hengelliset ja taloudelliset tarpeet. Hoitaja vastaa myös potilaan tiedon- ja ohjaustarpeisiin. (Vihelä 2010; Munnukka & Aalto 2003.)

Yksilövastuisen hoitotyön filosofiaan kuuluvat potilaskeskeisyys, hoidon jatkuvuus, hoidon koordinointi ja kattavuus. Hoitotyön taustalla on ihmiskäsitys, joka ohjaa toimintaa hyvään elämään huomioiden arvot ja eettisyyden. Potilaskeskeinen työskentelytapa toteutuu, kun hoito on yksilöllistä, kokonaisvaltaista ja korkealaatuista. Perusajatuksena on potilaan ja hoitajan välinen yksilöllinen hoitosuhde. Omahoitajan vastuullisuus ilmenee koko hoitotyön prosessissa, hoitosuunnitelman tekemisestä aina sen arvioimiseen asti. Omahoitaja toimii asiantuntijana, hänellä on valtuudet tehdä hoitotyötä koskevia päätöksiä. Potilas osallistuu voimavarojensa mukaan kirjallisen hoitosuunnitelman tekoon. Yksilövastuisen hoitotyön tukena voi olla tiimityömalli. (Kalasniemi, Kuivalainen & Ryhänen 2002,29; Perälä 2006; Ryhänen 2005; Vihelä 2010.)

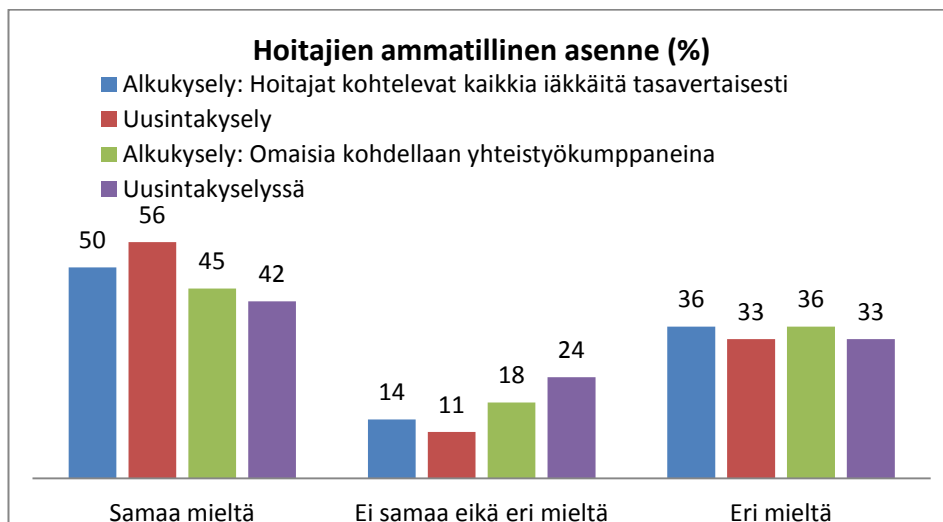
Tasavertaisuus

Alkukyselyssä puolet vastaajista (50%) ja uusintakyselyssä hieman yli puolet vastaajista (56%) kokivat, että hoitajat kohtelevat kaikkia iäkkäitä tasavertaisesti, eri mieltä oli alkukyselyssä 36%:ia ja uusintakyselyssä 33%:ia vastaajista. Alkukyselyssä 14%:lla ei ollut mielipidettä asiasta ja uusintakyselyssä 11%:lla vastaajista (Taulukko 8c).

Yhteistyö omaisiin

Alkukyselyssä 45%:ia vastaajista oli sitä mieltä, että hoitajat kohtelevat iäkkään potilaan omaisia yhteistyökumppaneina ja uusintakyselyssä 42%:ia vastaajista. Eri mieltä oli alkukyselyssä 36%:ia ja uusintakyselyssä 33%:ia vastaajista. Alkukyselyssä 18%:lla ei ollut mielipidettä asiasta ja uusintakyselyssä 11%:lla vastaajista (Taulukko 8c).

Taulukko 8c. Hoitajien ammatillinen asenne



Kirjallisuuden perusteella

Oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan potilaiden yhdenvertaista ja tasapuolista kohtelua sekä oikeudenmukaisuutta hoitoon käytettävien resurssien jakamisessa. Tasa-arvolla tarkoitetaan sitä, että potilaat ovat ihmisinä samanarvoisia. Potilaita kohdellaan laadullisesti samantasoisesti ja yksilölliset tarpeet huomioiden riippumatta heidän fyysisestä tai henkisestä toimintakyvystään, sairaudestaan, yhteiskunnallisesta tai sosiaalisesta asemasta, sukupuolesta, kulttuuritaustasta, elämäntavoistaan tai muusta henkilöön liittyvästä ominaisuudesta. (Hofland 1994.)

Mikäli vanhus ei kykene päätöksentekoon tai kommunikoimaan henkilökunnan kanssa, vastuu siirtyy omaisille tai muille läheisille. Potilaan läheisillä henkilöillä on usein selkeä näkemys potilaan mieltymyksistä ja he voivat tehdä tärkeitä huomioita hoitoa suunniteltaessa. Potilaalle annetaan parasta mahdollista hoitoa. Häneltä tulee aina kysyä, missä määrin hän haluaa läheisten osallistuvan hänen hoitoonsa. Ohjaus on tärkeässä roolissa, kuten myös potilaan tukeminen, tiedonsaanti ja lähellä oleminen. Eri ammatti-ihmisten antaman tiedon yhtenevyys on tärkeää. Erityisesti vuorovaikutussuhteen luominen on tärkeää. (McCormack 2003, 179 -188.)

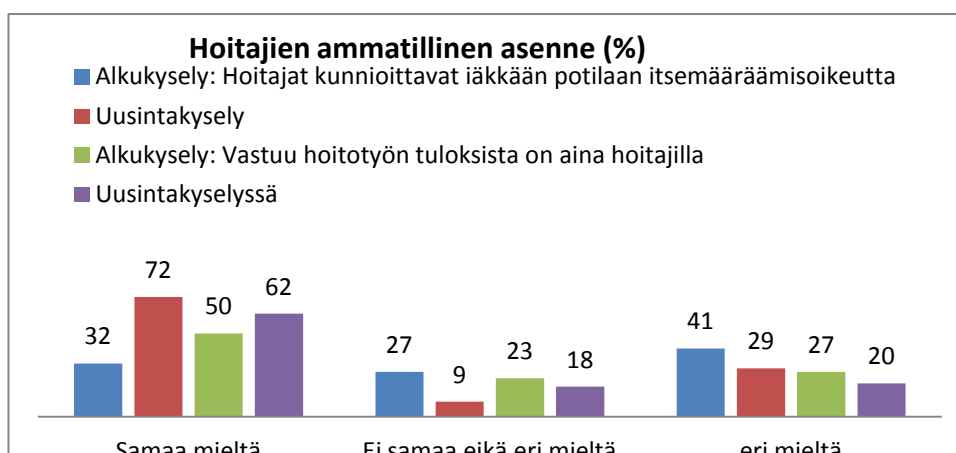
Itsemääräämisoikeus

Alkukyselyssä 32%:ia oli sitä mieltä, että hoitajat kunnioittavat iäkkään potilaan itsemääräämisoikeutta hoitopäätöstä tehtäessä, vaikka potilas ei aina itse pysty arvioimaan tilannettaan ja uusintakyselyssä 72%:ia vastaajista. Alkukyselyssä eri mieltä oli 41%:ia ja uusintakyselyssä 29%:ia vastaajista. Alkukyselyssä 27%:lla ei ollut selkeää mielipidettä asiasta ja uusintakyselyssä 9%:lla vastaajista (Taulukko 8d).

Vastuu hoitotyön tuloksista

Alkukyselyssä puolet vastaajista (50%) oli sitä mieltä, että vastuu hoitotyön tuloksista on aina hoitajilla ja uusintakyselyssä 62%:ia vastaajista. Alkukyselyssä eri mieltä oli 27%:ia ja uusintakyselyssä 20%:ia vastaajista. Alkukyselyssä 23%:lla ei ollut mielipidettä asiasta ja uusintakyselyssä 18%:lla vastaajista (Taulukko 8d).

Taulukko 8d. Hoitajien ammatillinen asenne



Kirjallisuuden perusteella

Potilaalla on itsemääräämisoikeus. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaalle ei saa antaa sellaista hoitoa tai tehdä sellaisia toimenpiteitä, joista hän kieltäytyy. Jos hän kieltäytyy hoidosta, häntä on mahdollisesti hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla, johon hän suostuu. Viime kädessä lääkäri päättää lääketieteellisten syiden perusteella. Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta.

Potilasasiakirjoihin merkitään kieltäytyminen luotettavalla tavalla vahvistettuna. (Valvira 2011.)

Suomen perustuslain mukaan jokaisella on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon, jos hän ei itse kykene hankkimaan ihmisarvoista lain edellyttämää turvaa. Jokaisella on oikeus riittävään sosiaali- ja terveyspalveluihin. (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.)

Mitä heikentyneemmässä tilassa potilas on, sitä herkemmin vanhustyössä henkilökunnan on kuultava ja tarvittaessa tuettava potilaan omaa tahtoa. Tärkeitä päätöksiä tehtäessä tai potilaan päätäntäkykyä arvioitaessa on mahdollisuuksien mukaan järjestettävä hänelle sellaiset olosuhteet, jotka ovat suotuisia hänen päätäntäkyvylleen. Ensisijaisesti suojellaan potilaan itsemääräämisoikeutta, eikä omaisten tai muitten osallisten itsemääräämisoikeutta. Kuitenkin potilaan hyvin tunteva omainen tai läheinen voi olla ratkaiseva apu, kun hän tukee heikentyneen potilaan oman tahdon selvittämistä. Tulkintavastuu siitä, mikä esitetyistä mielipiteistä vastaa parhaalla tavalla heikentyneen potilaan omaa tahtoa ja mikä on potilaan edun mukaista, on terveydenhuollon ammattilaisella eli käytännössä hoitavalla lääkäriä. (Hofland 1993, 37.)

Henkilökunta on vastuussa toiminnastaan potilaalle, mutta myös omaisille, työtovereille ja työnantajalle. On kuitenkin nähtävä oman vastuun rajat ja luovutettava potilaiden hoitoon ja hoivaan osallistuville muille taholle heille kuuluva vastuu toiminnasta. Aikuisella päätäntäkykyisellä ihmisellä on itsemääräämisoikeutensa myötä samalla vastuu omasta hyvinvoinnistaan. Kaikilla ei kuitenkaan ole kykyä tehdä päätöksiä omasta puolestaan tai voimavaroja toimia niiden mukaisesti. Hoitotyön ammattilainen on itse vastuussa niistä toimista, joita hän tekee oman ammattitaitonsa puitteissa ja rajoissa. (Etiikkatyöryhmä 2002.)

Johtopäätökset

Iäkkään potilaan toimintakyvyn arviointi

Potilaan oma näkemys

Alkukyselyssä 41%:ia ja uusintakyselyssä lähes puolet vastaajista (49%) oli sitä mieltä, että iäkkään potilaan toimintakykyä kartoittaessaan hoitajat ottavat aina

huomioon potilaan oman näkemyksen toimintakyvystään. Eri mieltä oli alkukyselyssä 36%:ia ja uusintakyselyssä 31%:ia vastaajista. Alkukyselyssä 23%:lla ja uusintakyselyssä 20%:lla vastaajista ei ollut mielipidettä asiasta (Taulukko 9a).

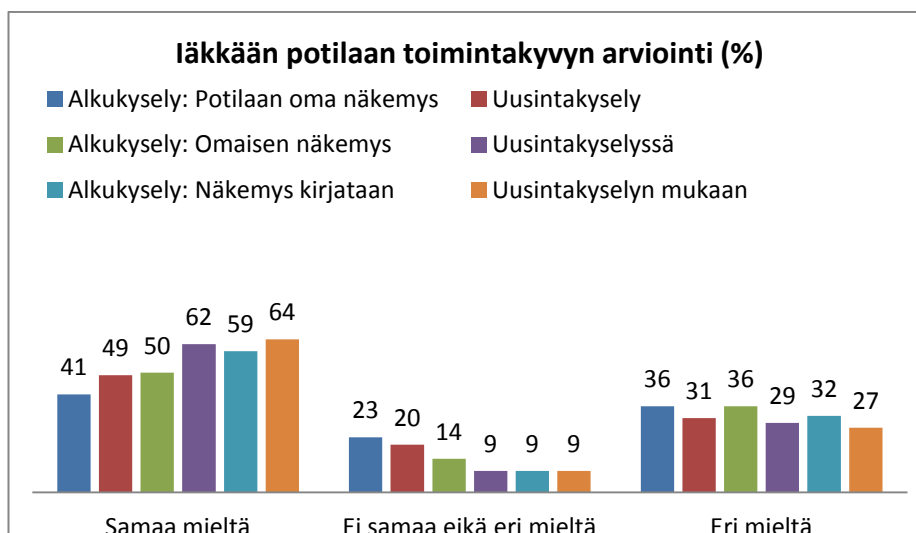
Omaisien näkemys

Alkukyselyssä puolet vastaajista (50%) ja uusintakyselyssä 62%:ia oli sitä mieltä, että hoitajat yleensä tarkistavat omaisen näkemyksen iäkkään potilaan toimintakyvystä. Alkukyselyssä 36%:ia ja uusintakyselyssä 29%:ia oli eri mieltä ja alkukyselyssä 14%:lla ja uusintakyselyssä 9%:lla vastaajista ei ollut mielipidettä tässä asiassa (Taulukko 9a).

Näkemyks kirjataan

Alkukyselyssä 59%:ia ja uusintakyselyssä suurin osa vastaajista (64%) oli sitä mieltä, että hoitajat aina kirjaavat iäkkään potilaan näkemyksen omasta toimintakyvystään potilaan asiakirjoihin. Eri mieltä oli alkukyselyssä 32%:ia ja uusintakyselyssä alle kolmasosa (27%) vastaajista. Sekä alku- että uusintakyselyssä 9%:lla vastaajista ei ollut mielipidettä tästä asiasta (Taulukko 9a).

Taulukko 9a. Iäkkään potilaan toimintakyvyn arviointi



Kirjallisuuden perusteella

Toimintakykyä arvioitaessa kannattaa kuunnella ja kuulla, mitä iäkäs henkilö viestittää ja antaa hänelle riittävästi aikaa kertoa itse. Samalla havainnoidaan potilaan ajatusmaailmaa, mielialaa, suhtautumista itseensä ja muuhun

maailmaan, oireisiinsa, lääkityksiinsä ja sitä, miten hän selviytyy arkipäivän toiminnoista. Samalla ilmenee myös, millainen on hänen muistinsa, muistaako hän omaisensa tai läheisensä nimet, muistaako hän lääkityksensä, näkeekö hän lukea, kuuleeko hän tavallista puhetta ja ymmärtääkö hän kysymykset ja kehotukset. Potilaan kertomuksen ja havaittujen löydösten välillä voi olla ristiriitaa. (Finne-Soveri 2007, 4.)

Fyysinen toimintakyky

Alkukyselyssä 41%:ia ja uusintakyselyssä lähes puolet vastaajista (47%) oli sitä mieltä, että hoitajat yleensä kysyvät iäkkäältä potilaalta hänen arvionsa omasta fyysisestä toimintakyvystään. Alkukyselyssä eri mieltä oli 36%:ia ja uusintakyselyssä alle kolmasosa (27%) vastaajista. Alkukyselyssä 23%:lla ja uusintakyselyssä 27%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä tästä asiasta.

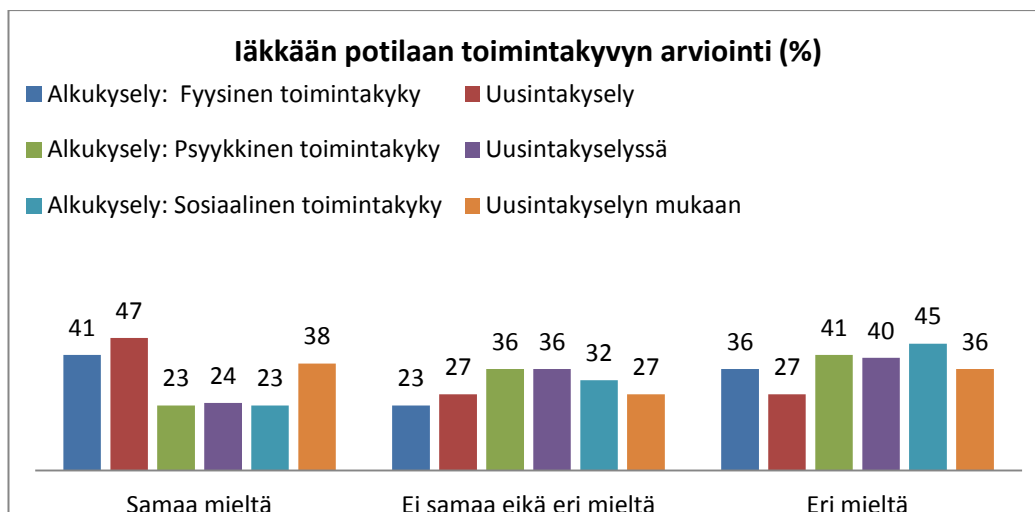
Psyykinen toimintakyky

Alkukyselyssä 23%:ia ja uusintakyselyssä 24%:ia vastaajista oli sitä mieltä, että hoitajat yleensä kysyvät iäkkäältä potilaalta hänen arvionsa omasta psyykkisestä toimintakyvystään. Alkukyselyssä eri mieltä oli 41%:ia ja uusintakyselyssä 40%:ia vastaajista. Sekä alku- että uusintakyselyssä yli kolmasosalla (36%) ei ollut selkeää mielipidettä asiasta.

Sosiaalinen toimintakyky

Alkukyselyssä 23%:ia ja uusintakyselyssä 38%:ia oli samaa mieltä siitä, että hoitajat yleensä kysyvät iäkkäältä potilaalta hänen arvionsa omasta sosiaalisesta toimintakyvystään. Alkukyselyssä 45%:ia ja uusintakyselyssä 36%:ia oli eri mieltä. Alkukyselyssä 32%:ia ja uusintakyselyssä 27%:ia vastaajista ei ilmaissut mielipidettä asiasta (Taulukko 9b).

Taulukko 9b. Iäkkään potilaan toimintakyvyn arviointi



Kirjallisuuden perusteella

Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen riippuu yksilön psyykkisestä ja fyysisestä suorituskyvystä. Toimintakyvyn heikentyminen ei ole normaalia vanhenemista, vaan se johtuu erilaisista sairauksista. Useimmilla 75-85-vuotiailla on kaksi tai kolme samanaikaista, toimintakykyä haittaavaa sairautta, ja hyvin harva 85-vuotias on säästynyt toimintavajavuutta aiheuttavalta sairaudelta. Tavallisimmat sairaudet ovat tuki – ja liikuntaelinsairaudet, sydänsairaudet ja iäkkäämmillä dementoivat sairaudet. Masennus liittyy usein suorituskyvyn heikentymiseen ja voimistaa toiminnanvajavuuden kokemusta. Monet eri sairaudet ja tiettyjen lääkkeiden sivuvaikutukset voivat johtaa samankaltaiseen kliiniseen ilmiösuun ”yleiseen raihnaisuuteen.” (Valvanne 2007,6.)

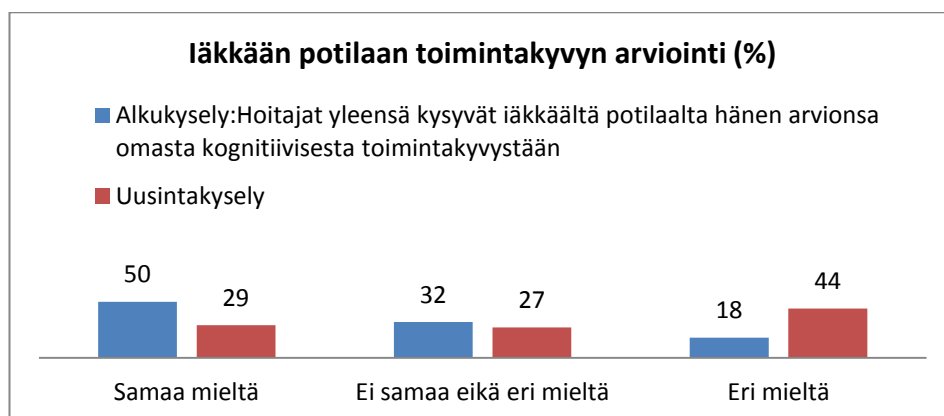
Toimintakykyä selvitetessä on hyvä huomioida: Esitietojen luotettavuus, onko sairaudet dokumentoitu, iäkkään potilaan omat käsitykset, toiveet ja pelot

koskien oireita, lääkitystä ja tarjolla olevia hoitoja sekä halua tai haluttomuutta sitoutua hoitoon. Omaisen ja / tai läheisen käsitykset, asianomaisen hoitohenkilökunnan käsitykset ja iäkkään mahdolliset kommunikaatiovaikeudet johtuen huonosta näkökyvystä, kuulosta ja /tai kognition alenemasta. (Finne-Soveri 2007,3.)

Kognitiivinen toimintakyky

Alkukyselyssä puolet vastaajista (50%) ja uusintakyselyssä 29%:ia oli sitä mieltä, että hoitajat yleensä kysyvät iäkkäältä potilaalta hänen arvionsa omasta kognitiivisesta toimintakyvystään. Alkukyselyssä eri mieltä oli 18%:ia ja uusintakyselyssä 44%:ia vastaajista. Alkukyselyssä 32%:lla ja uusintakyselyssä 27%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 9c).

Taulukko 9c. Toimintakyvyn arviointi



Kirjallisuuden perusteella

Vanhusten sairauksien erityispiirteet, iäkkään henkilön sairaus voi ilmetä tyypillisinkin oirein ja löydöksin, mutta degeneratiivisiin (rappeutumiseen liittyviin) tai toiminnallisiin ilmiöihin kuuluvia oireita on usein paljon. Esimerkiksi häiriö kognitiivisissa toiminnoissa on varoitusmerkki aivojen hauraudesta, dementiaa aiheuttavan taudin uhkasta, mutta se voi olla merkki mistä tahansa infektiosta, anemiasta, aliravitsemuksesta, maligniteetista eli pahanlaatuisuudesta tai sopimattomasta lääkityksestä. (Finne-Soveri 2007,1.)

Hoitohenkilöstö voi toimia potilaan oikeusturvan toteuttajana. Hoitohenkilöstöllä on mahdollisuus puuttua tilanteeseen, jos havaitaan, että toimintakyvyltään heikentyneen potilaan edut ovat vaarassa. Maistraattiin voi tehdä ilmoituksen

edunvalvonnan tarpeesta olevasta henkilöstä. Ilmoituksen tekeminen edellyttää huolellista harkintaa ja keskustelua, mikäli mahdollista potilaan, omaisten tai läheisten kanssa. Lait eivät aina takaa yksilön oikeusturvan riittävää toetutumista. Päätöksentekijän valinnat ovat arjen ratkaisutoimintoja, joista oikeustieteessä puhutaan ”pienistä hyvistä kertomuksista”, kun tarkoitetaan yksilön kannalta hyvien ratkaisujen tekemistä. (Sairaanhoitajaliitto 2004.)

Iäkkään potilaan hoidon tarpeen arviointi

Lääkäri arvioi

Alkukyselyssä 9%:ia ja uusintakyselyssä 13%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että ainoastaan lääkäri arvioi iäkkään potilaan hoidon tarvetta. Alkukyselyssä eri mieltä oli 91%:ia ja uusintakyselyssä 87%:ia vastaajista. Sekä alku- että uusintakyselyssä kaikilla oli mielipide asiasta (Taulukko 10a).

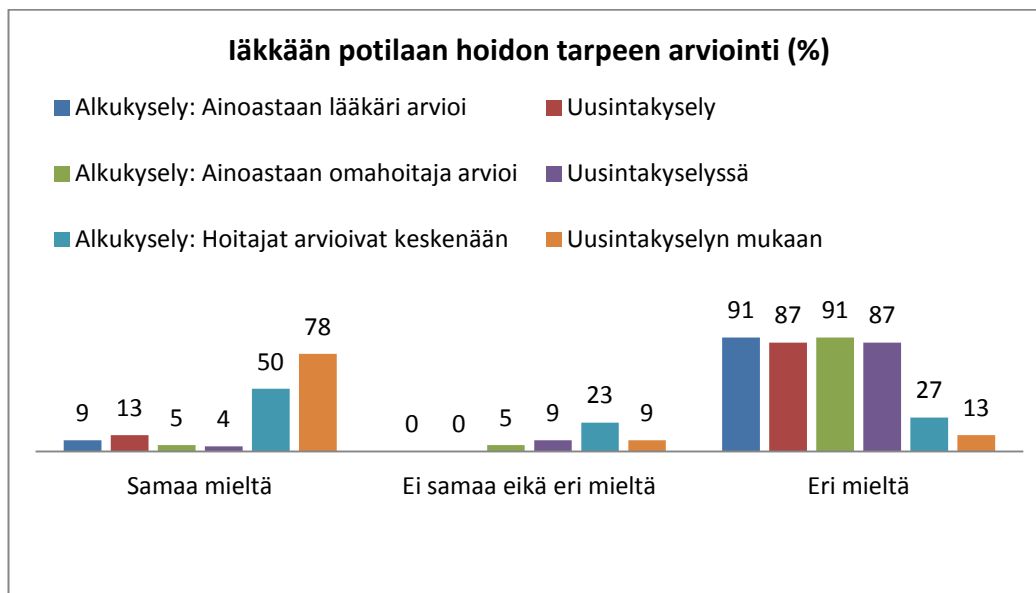
Omahoitaja arvioi

Sekä alku- että uusintakyselyssä lähes kaikki (91%:ia ja 87%:ia) vastaajat olivat eri mieltä siitä, että ainoastaan omahoitaja arvioi iäkkään potilaan hoidon tarpeen. Vastaajista alkukyselyssä 5%:ia oli samaa mieltä ja 4%:ia uusintakyselyssä. 5%:lla ja 9%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 10a).

Hoitajat keskenään arvioivat

Alkukyselyssä puolet vastaajista (50%) ja uusintakyselyssä suurin osa vastaajista (78%) oli samaa mieltä siitä, että hoitajat arvioivat keskenään potilaan hoidon tarpeen. Alkukyselyssä eri mieltä oli 27%:ia ja uusintakyselyssä 13%:ia vastaajista. Alkukyselyssä 27%:lla ja uusintakyselyssä 9%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 10a).

Taulukko 10a. Iäkkään potilaan hoidon tarpeen arviointi



Kirjallisuuden perusteella

Vanhenemisprosessi on yksilöllinen. Iäkkään henkilön diagnostiset tutkimukset ja hoidot noudattavat samoja perusperiaatteita kuin työikäisilläkin aina, kun kyseessä on perusterve ja toimintakyvyltään normaali vanhus. Sairauksien lisääntyessä, vaikeutuessa ja toimintakyvyn heiketessä tutkimusten ja hoitojen suunnittelussa joudutaan valitsemaan kaikista se vähiten huono. Iäkkäällä henkilöllä saattaa olla erilainen näkemys hoitoratkaisuista. Asianomaisen itsensä ja hänen edustajansa näkemykset saattavat olla poikkeavia keskenään ja vielä erota lääkärin ja hoitohenkilökunnan näkökannasta. Potilaslain mukaan ristiriitatilanteessa lopullisen vastuun päätöksistä kantaa potilaan edun mukaisesti lääkäri. (Finne-Soveri 2007, 1-2.)

Potilaan ja hoitajien ristiriitainen näkemys

Alkukyselyssä 59%:ia ja uusintakyselyssä 48%:ia oli samaa mieltä siitä, että, kun iäkkään ja hoitajien näkemys hoidon tarpeesta on ristiriitainen, hoitajat päättävät potilaan hoidon tarpeen. Alkukyselyssä 18%:ia ja uusintakyselyssä 35%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä 23%:lla ja uusintakyselyssä 17%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 10b).

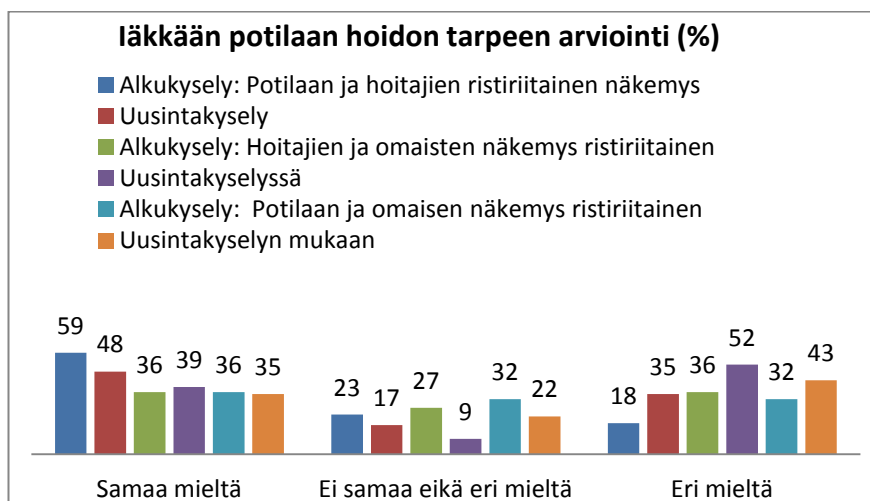
Hoitajien ja omaisen näkemys ristiriitainen

Alkukyselyssä 36%:ia ja uusintakyselyssä 39%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että, kun hoitajien ja omaisen näkemys hoidon tarpeesta on ristiriitainen, hoitajat päättävät hoidon tarpeen. Alkukyselyssä 36%:ia ja uusintakyselyssä 52%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä 27%:lla ja uusintakyselyssä vastaajista 9%:lla ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 10b).

Potilaan ja omaisen näkemys ristiriitainen

Alkukyselyssä 36%:ia ja uusintakyselyssä 35%:ia oli samaa mieltä siitä, että, kun iäkkään potilaan ja omaisen näkemys hoidon tarpeesta on ristiriitainen, hoitajat päättävät hoidon tarpeen. Alkukyselyssä 32%:ia ja uusintakyselyssä 43%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä 32%:lla ja uusintakyselyssä 22%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 10b).

Taulukko 10b. Iäkkään potilaan hoidon tarpeen arviointi



Kirjallisuuden perusteella

Asiantuntijan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa on tärkeää kuulla, mitä potilaalla on sanottavaa omasta tilanteestaan ja tunteistaan tai mikä hänen mielestään on hoidon tarve. Molemmat lähtökohdat edellyttävät myös potilaan koko persoonaan huomioimista hoidossa. Hyvin keskeisenä potilaslähtöisyyden kriteerinä on pidetty potilastyytyväisyyttä, jota on perinteisesti käytetty potilastyytyväisyyden arvioinnissa. (Pitkälä ym. 2005, 99, 107.)

Asianosaisen oikeus tiedonsaantiin (omainen) voi saada tietoja myös toista henkilöä koskevissa salassa pidettävissä asiakirjoista. Luovutettuja tietoja koskee hyväksikäyttökielto ja edustajan vaitiolovelvollisuus. (Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta, julkisuuslaki 621/1999, 11§.) Edunvalvojan edustusvalta, päämies voi itse päättää henkilöä koskevasta asiasta, jos hän kykenee ymmärtämään asian merkityksen, ellei hän ymmärrä, hän tarvitsee edunvalvojan. (Laki holhoustoimesta, holhoustoimilaki 442/1999, 29§.)

Eettistä turvallisuutta kokevat sekä potilaat että henkilökunta. Se on yhteydessä eettisiin ongelmiin, jolloin on kyse arvoristiriidasta sairaanhoitajan ja potilaan tai omaisen välillä tai myös sairaanhoitajan ja muiden ammattiryhmien välillä. Eettinen turvallisuus voidaan jakaa kahteen perusulottuvuuteen. Ensinnäkin sairaanhoitajan mahdollisuudesta toimia työssään omien arvojensa mukaisesti ja edistää itse hyvänä pitämäänsä toimintaa. Toiseksi hoitotyöntekijän kokemuksesta siitä, että häntä kunnioitetaan autonomisena, yksilöllisenä ja oman yksityisyyden omaavana ihmisenä ja ammattilaisena. Sivistynyt työyhteisö tukee näiden perusulottuvuuksien toteutumista. (Leino-Kilpi & Peltomaa 2008.)

lääkään potilaan hoitotyön tavoite

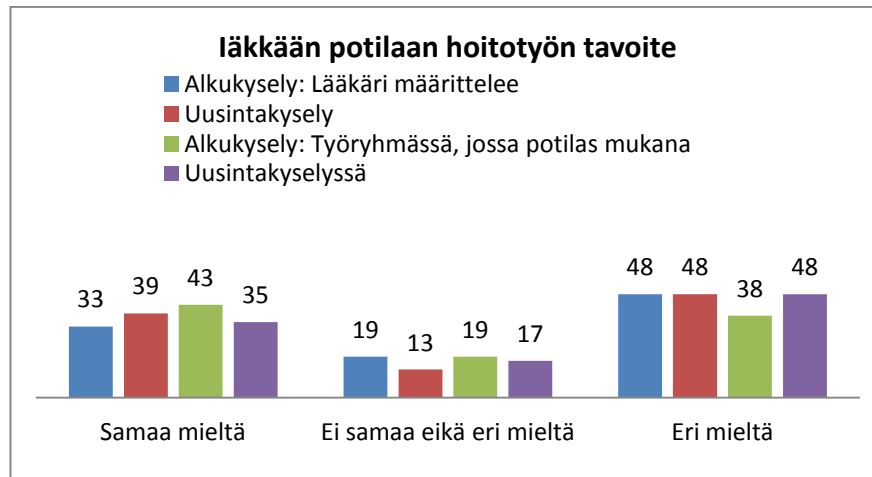
Lääkäri määrittelee

Alkukyselyssä 33%:ia ja uusintakyselyssä 39%:ia vastaajista oli sitä mieltä, että lääkäri määrittelee iäkkään potilaan hoidon tavoitteen. Sekä alku- että uusintakyselyssä eri mieltä oli lähes puolet (48%). Alkukyselyssä 19%:lla ja uusintakyselyssä 13%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä asiasta Taulukko11a).

Työryhmässä, jossa potilas mukana

Alkukyselyssä 43%:ia ja uusintakyselyssä 35%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että potilaan hoitotyön tavoite määritellään työryhmässä, johon myös potilas osallistuu. Alkukyselyssä 38%:ia ja uusintakyselyssä 48%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä 19%:lla ja uusintakyselyssä 17%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 11a).

Taulukko 11a. läkkään potilaan hoitotyön tavoite



Kirjallisuuden perusteella

Vapaaehtoisuuden olemus ei ole käytännön tilanteissa yhtä selkeä kuin saatamme ajatella. Sairaus sinänsä voi rajoittaa potilaan vapautta. Myös sairauden hoitaminen sisältää aina jossain määrin manipulaatiota ja kontrollia – onhan hoitavan henkilökunnan tehtävänä saada aikaan muutoksia potilaan psykofyysisessä tilassa. Hoitavalla henkilökunnalla on koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella asiantuntijuus sairautta ja sen hoitoa koskevissa asioissa, ja yhteiskunta on legitimoinut sen. Hoitava ammattikunta kykenee välittämään potilaalle asiantuntijanäkemyksensä, omat mielipiteensä ja suosituksensa, joiden perusteella potilas voi tehdä oman, suostumusta koskevan päätöksensä. On vaikeaa erottaa käytännössä, missä määrin potilaan päätös on itsenäinen ja vapaa asiantuntijan mielipiteestä. (Välimäki & Lehtonen 2002.)

läkkään potilaan hoitotyön tavoite

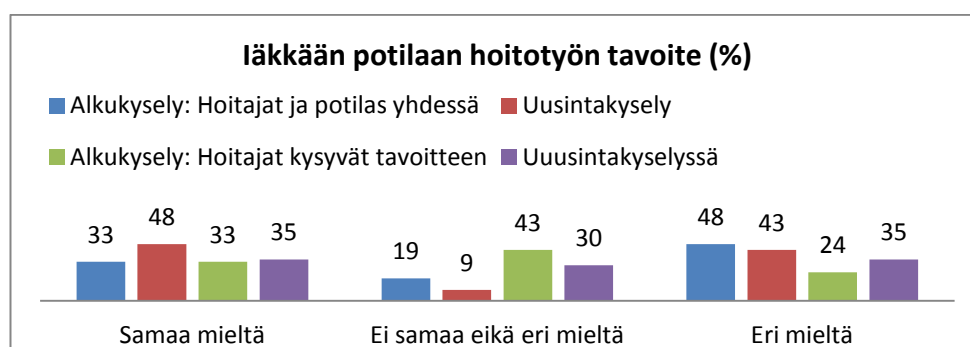
Hoitajat ja potilas yhdessä

Alkukyselyssä 33%:ia ja uusintakyselyssä 48%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoitajat määrittelevät yhdessä iäkkään potilaan kanssa hänen hoitonsa tavoitteen. Alkukyselyssä 48%:ia ja uusintakyselyssä 43%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä 19%:lla ja uusintakyselyssä 9%:lla vastaajista ei ollut mielipidettä asiasta (Taulukko 11b).

Hoitajat kysyvät tavoitteen

Alkukyselyssä 33%:ia ja uusintakyselyssä 48%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoitajat kysyvät iäkkäältä potilaalta hänen omalle hoidolleen asettamansa tavoitteen ennen hoidon tavoitteen asettamista. Alkukyselyssä 24%:ia ja uusintakyselyssä 35%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä 43%:lla ja uusintakyselyssä 30%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 11b).

Taulukko 11b. Iäkkään potilaan hoitotyön tavoite



Kirjallisuuden perusteella

Suomessa laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/99) ilmaisee, että potilaan antaman suostumuksen tulee perustua tietoon. Tutkittavalle on annettava selvitys siten, että hän pystyy päättämään suostumuksensa esimerkiksi tutkimuksiin liittyvistä asioista tietoisena. Viimeaikaisetkin tutkimukset ovat tuoneet selkeästi esiin, että potilaat eivät saa mielestään riittävästi tietoa omasta sairaudestaan ja sen hoidosta. Hoitava henkilökunta taas vakuuttaa kehittävänsä potilaiden tiedonsaantia. Sairautta ja sen hoitoa koskevista asioista tietoiseksi tulemiseen vaikuttavat viestinnän keskeiset elementit, joita ovat viestin lähettäjä, viestin vastaanottaja ja itse viesti. Niiden lisäksi tiedon

ymmärtäminen ja tietoiseksi tuleminen on yksilöllinen tapahtuma. Tiedon vastaanottaminen ja prosessointi ovat erilaisia eri henkilöillä. Niissä syntyvät merkitysyhteydet ovat aina henkilöön sidoksissa. Jokaisella on omanlaiset halunsa ja tarpeensa saada tietoa. (Välimäki & Lehtonen 2002.)

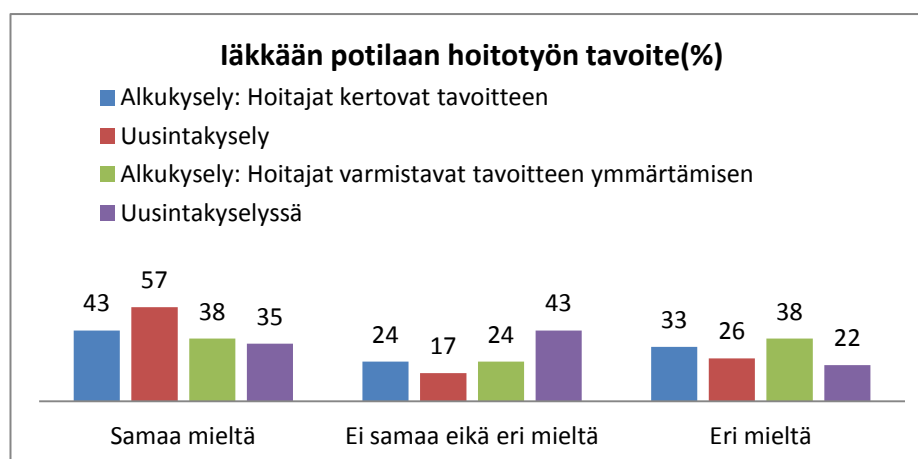
Hoitajat kertovat tavoitteen potilaalle

Alkukyselyssä 43%:ia ja uusintakyselyssä 57%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoitajat kertovat aina iäkkäälle potilaalle hänen hoitonsa tavoitteen. Alkukyselyssä 33%:ia ja uusintakyselyssä 26%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä 24%:lla ja uusintakyselyssä 7%:lla ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 11c).

Hoitajat varmistavat tavoitteen ymmärtämisen

Alkukyselyssä 38%:ia ja uusintakyselyssä 35%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoitajat varmistavat aina, että iäkäs potilas on ymmärtänyt hoidolleen asetetun tavoitteen. Alkukyselyssä 38%:ia ja uusintakyselyssä 22%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä 24%:lla ja uusintakyselyssä 43%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä tästä asiasta (Taulukko 11c).

Taulukko 11c. Iäkkään potilaan hoitotyön tavoite



Kirjallisuuden perusteella

Terveydenhuollon asiakkaan oikeudet määritellään laissa potilaan oikeuksista. Laki koskee julkisia ja yksityisiä terveydenhuollon yksiköitä sekä sosiaalihuollon laitoksia, esimerkiksi vanhainkodeissa tai vammaisten palveluissa, annettavia

terveydenhuollon palveluita. potilaalla on oikeus hyvään terveydenhuoltoon ja sairaanhoitoon. Oikeus hyvään kohteluun, niin, että potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri otetaan mahdollisuuksien mukaan huomioon hoidossa ja kohtelussa. Hoito tapahtuu yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Hoidon aloittamiseksi hankitaan aina kun on mahdollista potilaan tai hänen omaisensa suostumus. (STM 2010.)

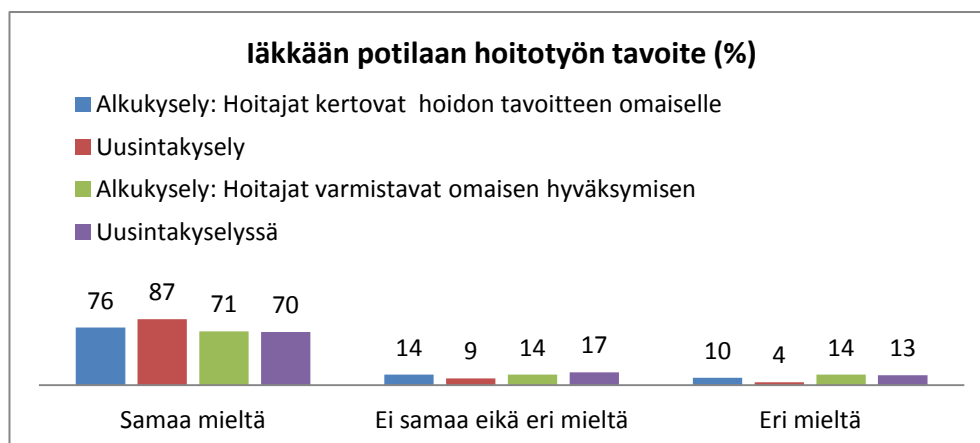
Hoitajat kertovat tavoitteen omaisille

Alkukyselyssä 38%:ia ja uusintakyselyssä 35%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoitajat kertovat potilaan hoidon tavoitteen hänen omaisilleen. Alkukyselyssä 38%:ia ja uusintakyselyssä 22%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä 24%:lla ja uusintakyselyssä 43%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 11d).

Omainen hyväksyy

Alkukyselyssä 76%:ia ja uusintakyselyssä 87%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoitajat varmistavat aina, että iäkkään potilaan omainen hyväksyy potilaan hoidon tavoitteen. Alkukyselyssä 10%:ia ja uusintakyselyssä 4%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä 14%:ia ja uusintakyselyssä 17%:ia vastaajista ei ollut osannut ilmaista mielipidettään tästä asiasta (Taulukko 11d).

Taulukko 11d. Iäkkään potilaan hoitotyön tavoite



Kirjallisuuden perusteella

Potilaiden ihmisarvoa, persoonallisuutta, omaa tahtoa, vakaumusta, kulttuuria ja tapoja tulee kunnioittaa ja huomioida mahdollisuuksien mukaan. Potilaiden

erilaiset elämänhistoriat ja elämäntavat eivät vaikuta heidän arvoonsa elävinä ja tuntevina yksilöinä. Vaikka potilaita kohdellaankin laadullisesti samantasoisesti, heidät tulee kuitenkin kohdata ja huomioida yksilöinä erilaisina, jolloin heille annettu palvelu ja hoito mukautetaan mahdollisuuksien mukaan tähän lähtökohtaan. (Etiikkatyöryhmä 2002.)

lökkään potilaan hoitaminen

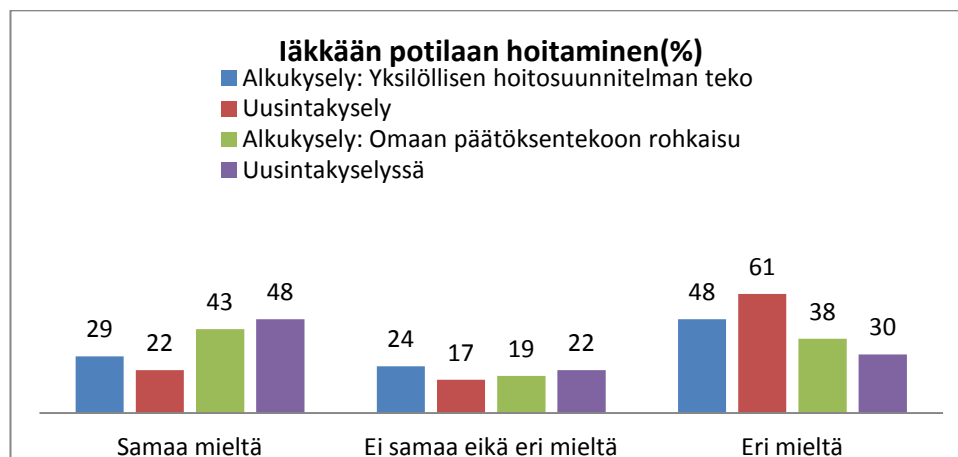
Yksilöllisen hoitosuunnitelman teko

Alkukyselyssä 29%:ia ja uusintakyselyssä 22%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoitajat laativat iökkään potilaan kanssa hänen yksilöllisen hoitosuunnitelmansa. Alkukyselyssä 42%:ia ja uusintakyselyssä 61%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä 24%:lla ja uusintakyselyssä 17%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä tästä asiasta (Taulukko 12a).

Omaan päätöksentekoon rohkaisu

Alkukyselyssä 43%:ia ja uusintakyselyssä 48%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoitajat rohkaisevat iökästä potilasta omaan päätöksentekoon hoidossaan. Alkukyselyssä 38%:ia ja uusintakyselyssä 30%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä 19%:lla ja uusintakyselyssä 22%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä tästä asiasta (Taulukko12a).

Taulukko 12a. lökkään potilaan hoitaminen



Hoitosuunnitelma luettavissa

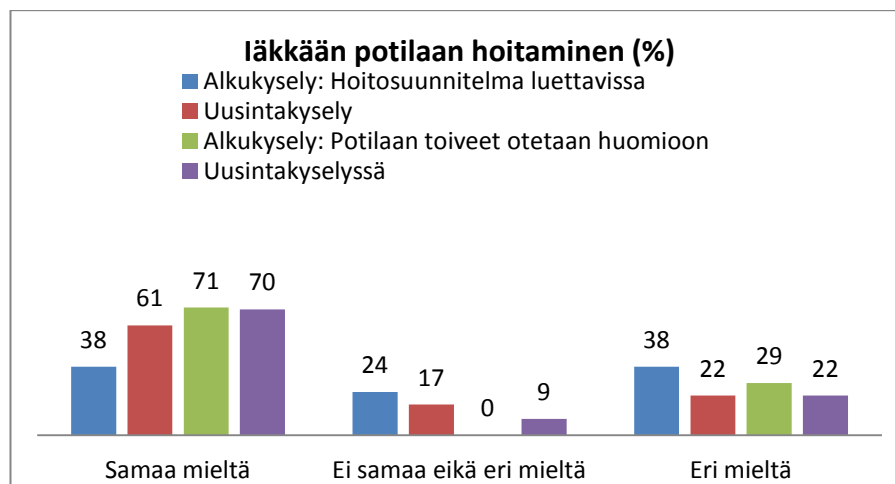
Alkukyselyssä 38%:ia ja uusintakyselyssä 61%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että iökkään potilaan hoitosuunnitelma on aina potilaan itsensä ja hänen

omaisensa luettavissa. Alkukyselyssä 38%:ia ja uusintakyselyssä 22%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä 24%:ia ja uusintakyselyssä 17%:ia vastaajista ei osannut ilmaista mielipidettään tästä asiasta (Taulukko 12b).

Potilaan toiveet otetaan huomioon

Alkukyselyssä 71%:ia ja uusintakyselyssä 70%:ia vastaajista oli samaa mieltä, että hoitajat ottavat aina iäkkään potilaan toiveet huomioon auttaessaan häntä. Alkukyselyssä 29%:ia ja uusintakyselyssä 22%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä kaikilla vastaajilla oli mielipide ja uusintakyselyssä 9%:ia vastaajista ei osannut ilmaista mielipidettään asiassa (Taulukko 12b).

Taulukko 12b. Iäkkään potilaan hoitaminen



Kirjallisuuden perusteella

Potilaalla on oikeus saada selvitys terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri vaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hoitoon liittyvistä merkityksellisistä seikoista. Tiedonsaantioikeus koostuu joko suullisesti tai kirjallisesti annettavista tiedoista, tutustumisesta asiakirjoihin tai niiden kopioista. Ei kuitenkaan sellaisia tietoja, jos on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Sairauskertomustietoja muista henkilöistä kuin potilaasta ei paljasteta eikä anneta tietoja niin, että henkilön yksityinen etu vaarantuu. Tietoja ei myöskään anneta vastoin potilaan tahtoa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Asianosaisen oikeus tiedonsaantiin (omainen) voi saada tietoja myös toista henkilöä koskevissa salassa pidettävissä asiakirjoista. Luovutettuja tietoja koskee hyväksikäyttökielto ja edustajan vaitiolovelvollisuus. (Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta, julkisuuslaki 621/1999, 11§.)

Iäkkään potilaan hoitaminen: kotiuttaminen

Kysytään näkemys kotiutumisesta

Alkukyselyssä 62%:ia ja uusintakyselyssä 87%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoitajat kysyvät iäkkään potilaan näkemyksen kotiutumisesta ennen kotiuttamissuunnitelman tekoa. Alkukyselyssä kukaan ei ollut eri mieltä ja uusintakyselyssä oli 4%:ia vastaajista eri mieltä. Alkukyselyssä 38%:ia ja uusintakyselyssä 9%:ia ei osannut ilmaista mielipidettään tästä asiasta (Taulukko 12c).

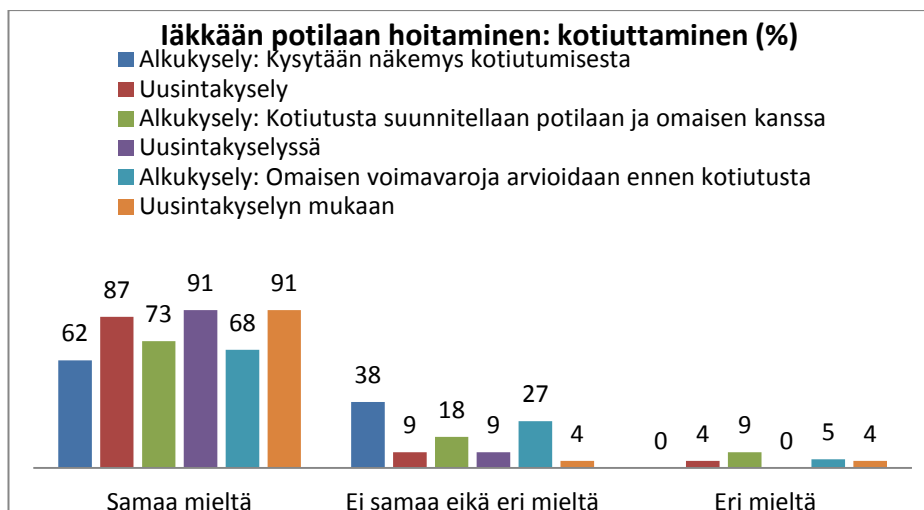
Kotiutusta suunnitellaan potilaan ja omaisen kanssa

Alkukyselyssä 73%:ia ja uusintakyselyssä lähes kaikki (91%) vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoitajat suunnittelevat yhdessä iäkkään potilaan ja hänen omaisensa kanssa potilaan kotiutusta. Alkukyselyssä eri mieltä oli 9%:ia vastaajista ja uusintakyselyssä kukaan ei ollut eri mieltä. Alkukyselyssä 18%:lla ja uusintakyselyssä 9%:lla vastaajista ei ollut mielipidettä tässä asiassa (Taulukko 12c).

Omaisen voimavaroja arvioidaan ennen kotiutusta

Alkukyselyssä 68%:ia ja uusintakyselyssä lähes kaikki (91%) vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoitajat arvioivat iäkkään potilaan omaisen voimavaroja omaisen kanssa ennen potilaan kotiutusta. Alkukyselyssä 5%:ia ja uusintakyselyssä 4%:ia oli eri mieltä. Alkukyselyssä 29%:ia ja uusintakyselyssä 4%:ia vastaajista ei ollut osannut ilmaissut mielipidettään tässä asiassa (Taulukko 12c).

Taulukko 12c. läikkään potilaan hoitaminen: kotiuttaminen



Kirjallisuuden perusteella

Yleisesti ottaen vastuista keskusteleminen, sopiminen ja kirjaaminen potilasasiakirjoihin olisivat suositeltavaa. Vastuista sopiminen tarkoittaa potilaan omaehtoisen liikkumisen edistämistä, jolla tähdätään kuntoutumiseen, joka voi olla rajoittamattomaan liikkumiseen mahdollisesti sisältyvät riskit huomioiden. Erityisesti potilaan kotiutumisen tai siirron yhteydessä näistä asioista olisi keskusteltava ja sovittava. (Etiikkatyöryhmä 2002.)

Ammatillisuuteen kuuluu kyky erottaa tärkeät ja välttämättömät potilaan hoitoon kuuluvat vähemmän tärkeistä etenkin silloin, kun resurssit ovat vähäiset. Ammattitaidon ylläpito ja kouluttautuminen on osin työnantajan, mutta myös työntekijän omalla vastuulla. Työnantajan tulee järjestää tarvittava lisäkoulutus työntekijöilleen, joiden tulee kuitenkin omaksua uutta tietoa ja ylläpitää ammattitaitoaan myös omaehtoisesti. Ammatilliseen toimintaan kuuluu myös opiskelijoiden ohjauksen ja arvioinnin kautta mahdollisuus jakaa omaa ammattitaitoaan eteenpäin. (Etiikkatyöryhmä 2002.)

läikkään potilaan hoidon arviointi

Hoitajat arvioivat yhdessä potilaan kanssa

Alkukysely 36%:ia ja uusintakyselyssä 65%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoitajat arvioivat iäkkään potilaan kanssa hänen hoitonsa onnistumista. Alkukyselyssä 41%:ia ja uusintakyselyssä 17%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä 23%:ia ja uusintakyselyssä 17%:ia vastaajista ei ollut ilmaissut mielipidettä asiassa (Taulukko13a).

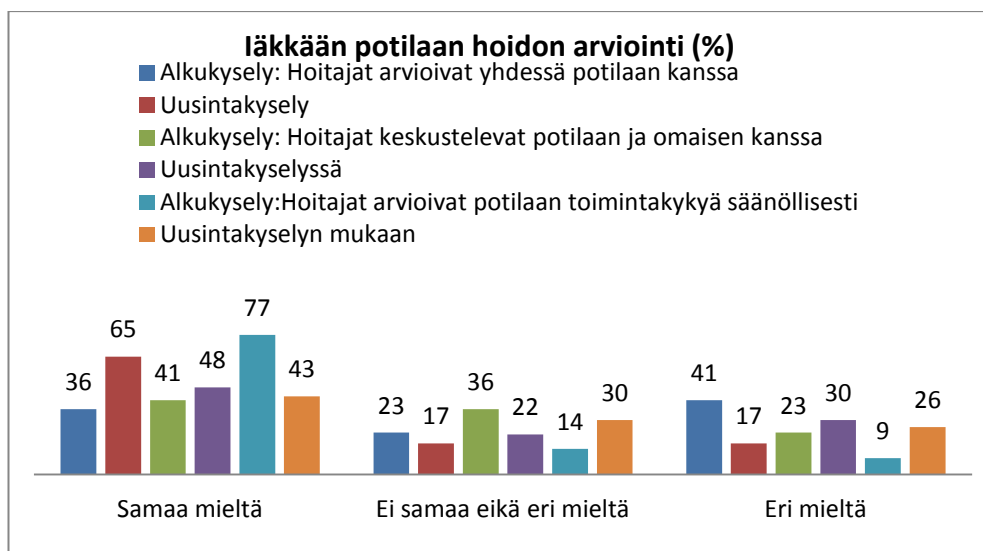
Hoitajat arvioivat potilaan ja omaisen kanssa

Alkukyselyssä 41%:ia ja uusintakyselyssä 48%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoitajat keskustelevat aina hoidon tavoitteen muutoksesta iäkkään potilaan kanssa. Alkukyselyssä 23%:ia ja uusintakyselyssä 30%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä 36%:ia ja uusintakyselyssä 22%:ia ei ollut osannut ilmaista mielipidettään tästä asiasta (Taulukko 13a).

Hoitajat arvioivat potilaan toimintakykyä säännöllisesti

Alkukyselyssä 77%:ia ja uusintakyselyssä 43%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoitajat arvioivat säännöllisesti iäkkään potilaan toimintakykyä yhdessä potilaan kanssa. Alkukyselyssä 9%:ia ja uusintakyselyssä eri mieltä oli 26%:ia vastaajista. Alkukyselyssä 14%:lla ja uusintakyselyssä 30%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 13a).

Taulukko 13a. Iäkkään potilaan hoidon arviointi



Kirjallisuuden perusteella

Vaikka potilaan toimintakyky olisi hyvinkin alhainen, häntä ei saa kohdella esineenä, vaan tuntevana aikuisena ihmisenä jota varten henkilökunta on hoitotilanteessa nyt ja tässä läsnä. Tällaisen potilaan asianmukaisen fyysisen hoitamisen lisäksi on muistettava, ettemme voi useinkaan varmuudella tietää, minkä verran hän voi havainnoida tai omaksua kuulemastaan puheviestinnästä. Erityisesti tällaisissa tilanteissa potilaan kunnioittaminen olisi muistettava kosketuksen lisäksi myös puheen tasolla. Potilaan ulkoisesta olemuksesta ja hänen elämänhistoriansa kanssa sopusoinnussa olevasta pukeutumisesta huolehtiminen on myös tärkeä osa potilaan kunnioittamista. (Etiikkatyöryhmä 2002.)

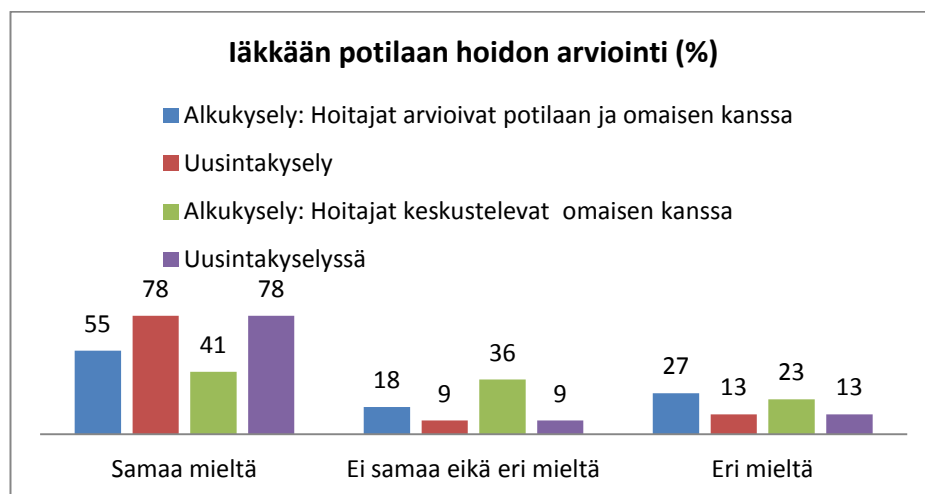
Hoitajat arvioivat potilaan ja omaisen kanssa

Alkukyselyssä 55%:ia ja uusintakyselyssä 78%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoitajat arvioivat iäkkään potilaan ja hänen omaisensa kanssa potilaan hoidon onnistumista. Alkukyselyssä 27%:ia ja uusintakyselyssä 13%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä 18%:lla ja uusintakyselyssä 9%:lla vastaajista ei ollut mielipidettä tästä asiasta (Taulukko 13b).

Hoitajat keskustelevat omaisen kanssa

Alkukyselyssä 41%:ia ja uusintakyselyssä 78%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoitajat keskustelevat aina iäkkään potilaan omaisen kanssa potilaan hoidon tavoitteen muutoksesta. Alkukyselyssä 23%:ia ja uusintakyselyssä 13%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä 36%:ia ja uusintakyselyssä 9%:ia vastaajista ei ollut osannut ilmaista mielipidettään tästä asiasta (Taulukko 13b).

Taulukko 13b. Iäkkään potilaan hoidon arviointi



Kirjallisuuden perusteella

Itsemääräämisoikeuteen kuuluu oikeus muodostaa mielipiteensä ja esittää tahtonsa vapaasti, ilman painostusta. Itsemääräämisoikeus vaatii sen, että ihminen ymmärtää ja pystyy käsittelemään hänellä olevia vaihtoehtoja itsemääräämisoikeudessa näkyvä jatkuvuus suhteessa ihmisen menneisyyteen, hänen arvoihinsa ja tapoihinsa.

Potilaskeskeisyys

Potilaalle jää vastuu hoidostaan

Alkukyselyssä 82%:ia ja uusintakyselyssä 91%:ia vastaajista oli eri mieltä siitä, että potilaskeskeisyydessä potilaalle jää vastuu hoidostaan. Samaa mieltä oli vain muutama ja alkukyselyssä 14% ja uusintakyselyssä 4%:ia ei osannut ilmaista mielipidettään tässä asiassa (Taulukko 14a).

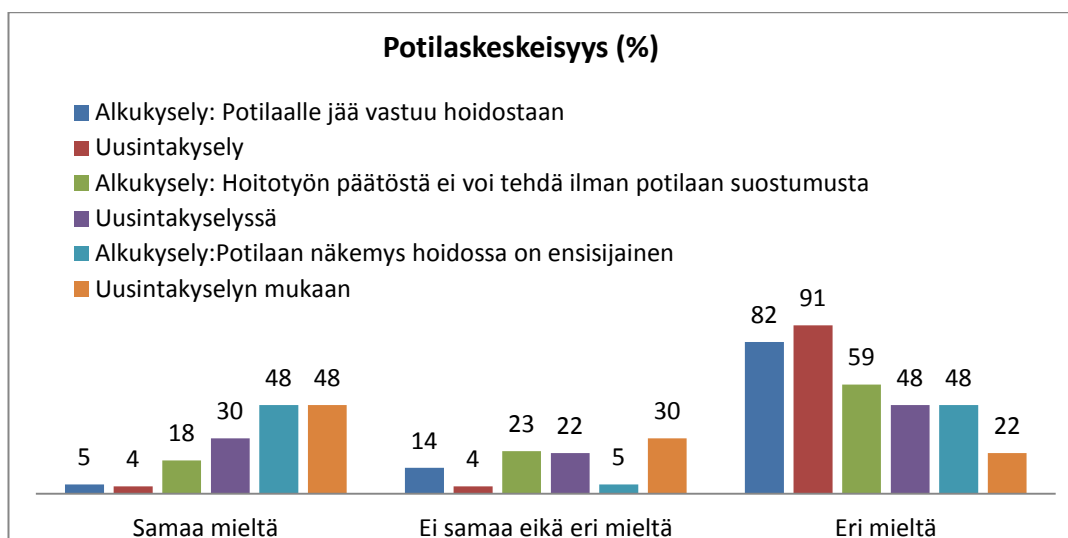
Hoitotyön päätöstä ei voi tehdä ilman potilaan suostumusta

Alkukyselyssä 18%:ia ja uusintakyselyssä 30%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoitotyön päätöstä ei voi tehdä ilman potilaan suostumusta. Alkukyselyssä eri mieltä oli 59%:ia ja uusintakyselyssä 48%:ia vastaajista. Alkukyselyssä 23%:lla ja uusintakyselyssä 22%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 14a).

Potilaan näkemys on hoidossa ensisijainen

Sekä alku- että uusintakyselyssä 48%:ia oli samaa mieltä siitä, että potilaan näkemys on hoidossa ensisijainen. Alkukyselyssä 48%:ia ja uusintakyselyssä 22%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä 5%:lla ja uusintakyselyssä 30%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä tässä asiassa (Taulukko 14a).

Taulukko 14a. Potilaskeskeisyys



Kirjallisuuden perusteella

Terveystieteiden tutkimuksessa potilaskeskeisyys viittaa sairaanhoidon käytännön tason toimintaan tai ammattilaisen ja potilaan väliseen keskinäiseen vuorovaikutukseen. Terveystieteiden tutkimuksessa potilaan ja ammattilaisen tasavertaisuudessa on suuria haasteita, koska asiantuntijuus suhteessa on epäsymmetriaa, odotukset ovat erilaisia ja hoitopäätöksissä ilmenee epävarmuutta. (Pitkälä ym. 2005, 111.)

Työssä oppimisessa sosiaalisen kontekstin merkitys ihmiselle ja hänen toiminnalleen on ollut mielenkiinnon kohteena. Käytännön työyhteisössä oppiminen tapahtuu asteittain syvenevän osallistumisen kautta. Yhdessä tekeminen ”siirtää” toimintakulttuurin aloittelevalle työntekijälle. Oppiminen ei tapahdu yksin muodollisen koulutuksen avulla, vaan entistä enemmän opitaan työssä sitä samalla kehittäen. Uuden oppiminen ja itsensä jatkuva kehittäminen on jokaisen työntekijän vaatimus. (Helakorpi 2004.)

Hoitajien auktoriteettiasema heikkenee

Alkukyselyssä vastaajista 14%:ia oli samaa mieltä siitä, että hoitajien auktoriteettiasema heikkenee ja uusintakyselyssä 4%:ia. Alkukyselyssä eri mieltä oli suurin osa (68%) ja uusintakyselyssä 65%:ia vastaajista.

Alkukyselyssä 18%:lla ja uusintakyselyssä 30%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä tästä asiasta (Taulukko 14b).

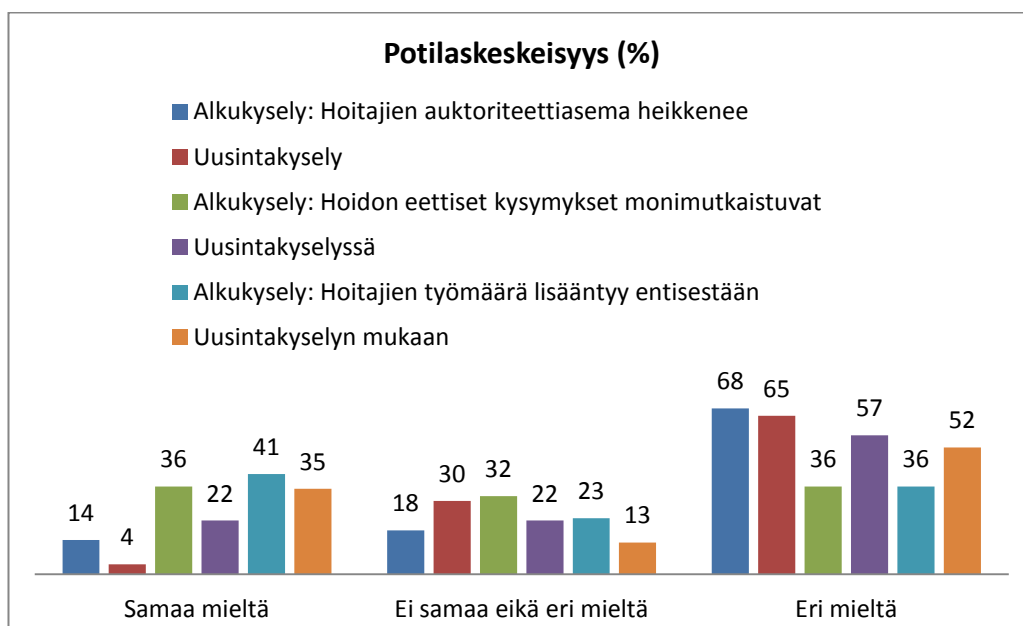
Hoidon eettiset kysymykset

Alkukyselyssä 36%:ia ja uusintakyselyssä 22%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoidon eettiset kysymykset monimutkaistuvat. Alkukyselyssä 36%:ia ja uusintakyselyssä 57%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä 32%:ia ja uusintakyselyssä 22%:ia vastaajista ei ilmaissut mielipidettään asiassa (Taulukko 14b).

Hoitajien työmäärä lisääntyy

Alkukyselyssä 41%:ia ja uusintakyselyssä 35%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoitajien työmäärä lisääntyy entisestään. Alkukyselyssä 36%:ia ja uusintakyselyssä 52%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä 23%:lla ja uusintakyselyssä 13%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä asiasta (Taulukko 14b).

Taulukko 14b. Potilaskeskeisyys



Kirjallisuuden perusteella

Kuntouttava työote tarkoittaa potilaan omien voimavarojen käyttämistä, tukemista, ylläpitämistä ja mahdollisesti lisäämistä sen sijaan, että hoitaja tekisi asioita potilaan puolesta. Se vaatii työntekijän aikaa potilaan tukemiseen hänen omassa tahdissaan sekä herkkyyttä huomata ne tilanteet, jolloin potilaan oman suoriutumisen vaatiminen olisi kohtuutonta. Potilaan omatoimisuudella tarkoitetaan hänen oman tekemisen tukemista puolesta tekemisen sijaan. Omatoimisuus voi toteutua eri tason toiminnoissa, esimerkiksi yhteisesti järjestetyssä viriketoiminnassa tai vaikkapa arkisen ruokailun yhteydessä. Tilan ja ajan antaminen omatoimisuudelle voi vähentää potilaiden mahdollista turhautuneisuutta ja aggressioita. (Etiikkatyöryhmä 2002.)

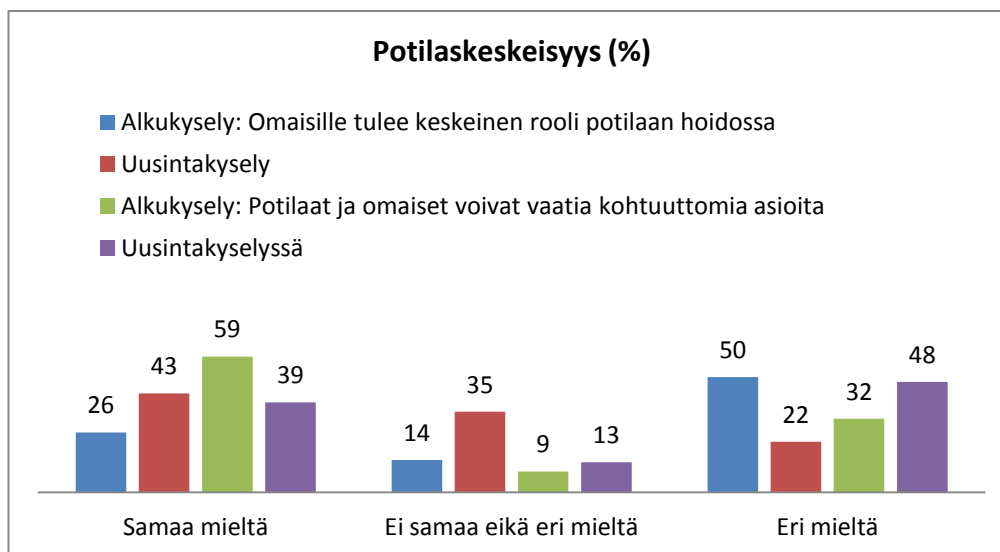
Omaisille tulee keskeinen rooli

Alkukyselyssä 26%:ia ja uusintakyselyssä 43%:ia vastaajista oli samaa mieltä, että omaisille tulee keskeinen rooli potilaan hoidossa. Alkukyselyssä puolet vastaajista (50%) ja uusintakyselyssä 22%:ia oli eri mieltä. Alkukyselyssä 14%:lla ja uusintakyselyssä 35%:lla ei ollut selkeää mielipidettä tässä asiassa (Taulukko 14c).

Potilaat ja omaiset voivat vaatia kohtuuttomia asioita

Alkukyselyssä 59%:ia ja uusintakyselyssä 39%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että potilaat ja omaiset voivat vaatia kohtuuttomia asioita. Alkukyselyssä 32%:ia ja uusintakyselyssä 48%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä 9%:lla ja uusintakyselyssä 13%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä tässä asiassa (Taulukko 14c).

Taulukko 14c. Potilaskeskeisyys



Kirjallisuuden perusteella

Jos potilas ei itse ymmärrä käsiteltävänä olevaa asiaa tai on kykenemätön ilmaisemaan tahtoaan esimerkiksi tajuttomuuden tai pitkälle edenneen dementoitumisen vuoksi, hänen katsotaan olevan päätäntäkyvytön tähän asiaan liittyen. Arvion potilaan päätäntäkyvystä tekee terveydenhuollon ammattilainen. Silloin, kun potilas ei itse pysty antamaan suostumustaan, henkilökunnan tulee tukeutua hänen aiemmin esittämiin tahdonilmaisuihinsa, mahdolliseen kirjalliseen hoitotahtoon, sekä hänen edustajansa antamiin suosituksiin ja suostumuksiin. Jos potilaan kyky ymmärtää käsillä olevaa asiaa on heikentynyt, hänen tulee kuitenkin voida osallistua päätöksentekoprosessiin siinä määrin, kuin se on mahdollista. Potilaan oman tahdon selvittämisen tukena toimii lisäksi tietämys hänen aikaisemmista elämänvaiheistaan. Omaisilla ja läheisillä on tavallisesti tämän tiedon välittämisessä henkilökunnalle keskeinen rooli, mutta tällöinkin on huomioitava potilaan mahdolliset ohjeistukset siitä, kenelle omaisista tai läheisistä tämä tehtävä ensisijaisesti kuuluu. (Etiikkatyöryhmä 2002.)

Hoidon tavoitteen määrittely vaikeutuu

Alkukyselyssä 18%:ia ja uusintakyselyssä 22%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoidon tavoitteen määrittely vaikeutuu. Alkukyselyssä 50%:ia ja uusintakyselyssä 57%:ia oli eri mieltä. Alkukyselyssä 32%:lla ja

uusintakyselyssä 22%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä tässä asiassa (Taulukko 14d).

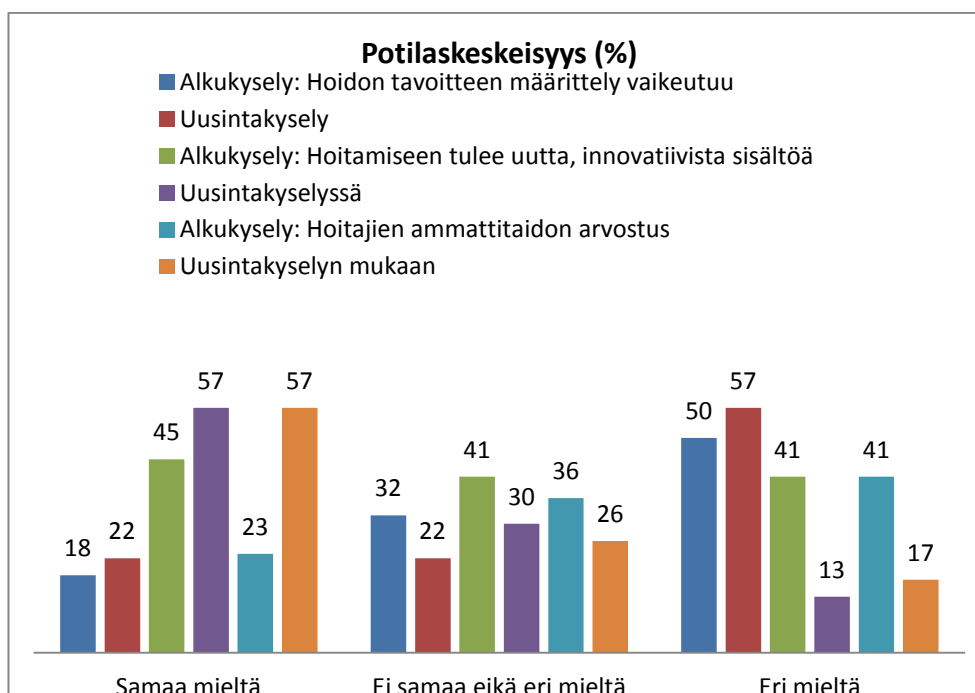
Hoitamiseen tulee uutta, innovatiivista sisältöä

Alkukyselyssä 45%:ia ja uusintakyselyssä 57%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoitamiseen tulee uutta, innovatiivista sisältöä. Alkukyselyssä 41%:ia ja uusintakyselyssä 13%:ia vastaajista oli eri mieltä. Alkukyselyssä 41%:ia ja uusintakyselyssä 30%:ia vastaajista ei osannut ilmaista mielipidettään tästä asiasta.

Hoitajien ammattitaidon arvostus

Alkukyselyssä 23%:ia ja uusintakyselyssä 57%:ia vastaajista oli samaa mieltä siitä, että hoitajien ammattitaitoa ikääntyneiden potilaiden hoitamisessa aletaan nykyistä enemmän arvostaa. Alkukyselyssä 41%:ia ja uusintakyselyssä eri mieltä oli 17%:ia vastaajista. Alkukyselyssä 36%:lla ja uusintakyselyssä 26%:lla vastaajista ei ollut selkeää mielipidettä tässä asiassa (Taulukko 14d.)

Taulukko 14d. Potilaskeskeisyys



Kirjallisuuden perusteella

Substanssiosaamisella tarkoitetaan yksilöllistä ydinosaamista, joka muodostuu ammatillisista perustaidoista eli tekemisen pätevyydestä sekä ammatillisista toimintataidoista ja persoonallisista kyvyistä eli yksilöllisestä työnhallinnasta.

Ammatilliset perustaidot tarkoittavat omassa ammatissa tarvittavaa koulutuksen ja työkokemuksen perusteella hankittua osaamista. Hoitotyöntekijä osaa keskeiset alan työtehtävät sekä omaa valmiuden arvioida ja kehittää töitä ja niiden suunnittelua. Hän tuntee alan järjestelmät ja tietolähteet, osaa käyttää tietotekniikkaa ja asiantuntijaverkostoja hyväksi. Ammatilliset toimintataidot tarkoittavat työyhteisössä tarvittavaa käytännöllistä osaamista. Työtehtävien hoitamista persoonallisella tavalla taidokkaasti, johon kuuluu myös työelämän pelisääntöjen tuntemus ja toiminta työyhteisön edellyttämällä tavalla sekä laatutoiminta. Työntekijä tuntee alan tavat ja perinteet, omaa vastuuntuntoa, kielitaitoa ja kykyä itsenäiseen vastuulliseen työhön. Hän omaa sellaiset henkilökohtaiset ominaisuudet, joita työssä tarvitaan, kuten palvelualttius, joustavuus, lojaalisuus, vastuullisuus, työmoraali ja arvo-osaaminen. (Helakorpi 2004.)

7.6 Muutokset tuloksissa

Hoitajien ammatillinen asenne iäkkään potilaan hoitamisessa

Hoitajien ammatillinen asenne ennen koulutusta jakautuu selkeästi kaikkiin kolmeen vastausvaihtoehtoon. Osa on ammatistaan tietoisia ja vahvoja hoitotyön päätöksistä, auktoriteettiasemasta, potilaan yksilöllisyydestä, tasavertaisesta kohtelusta, yhteistyöstä omaisten kanssa ja hoitotyön vastuusta. Osa vastaajista taas ei osannut ilmaista mielipidettään näistä asioista. Osa taas on selkeästi eri mieltä esimerkiksi siitä, että hoitajat tekisivät keskenään hoitopäätökset, mikä on potilaskeskeisyyden kannalta hyvä asia.

Hoitajien ammatillinen asenne koulutuksen jälkeen: Hoitajien mielipide siitä, että hoitajat tekevät aina keskenään hoitopäätökset, on miltei samanlainen sekä alku- että loppukyselyssä. Iäkkään potilaan hoitamisen sujuvuuden kannalta hoitopäätöksen siirtäminen hoitajille ei ollut hoitajien mielipiteessä eroa alku- ja uusintakyselyn välillä. Auktoriteettiasemalla saavutettu uskottavuus ei kuitenkaan ole kovin potilaskeskeistä. Auktoriteettiasenteen väitettiin säilyttävän hoitajien uskottavuuden iäkkään potilaan hoitamisessa, josta alkukyselyssä mielipiteet jakautuivat tasaisesti samaa mieltä, ei samaa mieltä ja eri mieltä oleviin. Uusintakyselyssä samaa mieltä olevien ja mielipidettään

ilmaisemattomien joukko pieneni ja lähes puolet vastaajista oli eri mieltä asiasta. Yksilöllisen hoitamisen väitettiin edellyttävän aina keskustelua iäkkään hoidon tarvitsijan kanssa, johon alkukyselyssä vähän yli puolet vastaajista oli samaa mieltä, ilman mielipidettä ja eri mieltä olevien osuudet olivat yhtä suuret. Uusintakyselyssä lähes kaikki olivat samaa mieltä sekä vain muutama oli eri mieltä.

Koulutuksella oli myönteistä vaikutusta hoitajien ammatilliseen asenteeseen auktoriteettiasenteen vähenemisenä, potilaan yksilöllisyyden huomioon ottamisena, mielipiteisiin tasavertaisesta kohtelusta, yhteistyöstä omaisten kanssa ja hoitotyön vastuusta.

Hoitajat kunnioittavat iäkkään potilaan itsemääräämisoikeutta hoitopäätöstä tehtäessä, vaikkei potilas itse aina pysty arvioimaan tilannettaan, alkukyselyssä vähän alle kolmasosa vastaajista oli samaa mieltä, mielipidettään ei ilmaissut alle kolmasosa ja alle puolet vastaajista oli eri mieltä. Uusintakyselyssä suurin osa oli samaa mieltä ja eri mieltä oli vajaa kolmasosa sekä mielipidettään ei ilmaissut enää vain pieni osa vastaajista.

Hoitajat kohtelevat kaikkia iäkkäitä tasavertaisesti väittämään alkukyselyssä puolet oli samaa mieltä, muutama ei ilmaissut mielipidettään ja eri mieltä oli vähän yli kolmasosa vastaajista. Uusintakyselyssä hieman yli puolet oli samaa mieltä, mielipidettään ilmaisemattomien, samoin kuin eri mieltä olevien vastaajien määrä väheni.

Koulutuksella oli selkeästi myönteistä vaikutusta iäkkään potilaan itsemääräämisoikeuden ja tasavertaisen kohtelun ottamisessa huomioon.

Iäkkään potilaan toimintakyvyn arviointi

Iäkkään potilaan toimintakykyä kartoittaessaan hoitajat ottavat aina huomioon potilaan oman näkemyksen toimintakyvystään. Alkukyselyssä alle puolet oli samaa mieltä, mielipidettään ei ilmaissut vajaa neljäsosa ja eri mieltä oli reilu kolmasosa. Uusintakyselyssä vastaajista puolet oli samaa mieltä, mielipidettään ilmaisemattomien ja eri mieltä olevien osuudet vastaajista pienenivät. Koulutuksella oli selvä vaikutus toimintakyvyn arviointiin.

Noin puolet vastaajista ottaa huomioon potilaan ja omaisen näkemykset toimintakyvystä ja näkemykset kirjataan noin 60%:sti. Kirjaamisessa iäkkään potilaan näkemyksen omasta toimintakyvystään potilaan asiakirjoihin sekä alku- että uusintakyselyssä mielipiteet jakaantuivat lähes samalla tavalla. Koulutuksella ei ollut vaikutusta kirjaamisasiassa.

Alkukyselyssä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnissa vastaukset jakaantuvat kaikkiin vastausvaihtoehtoihin. Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi toteutui vastaajien mielestä parhaiten.

Fyysinen toimintakyky: Alkukyselyssä hieman alle puolet oli samaa mieltä, vähän yli viidesosa vastaajista ei ilmaissut mielipidettään ja eri mieltä vähän yli kolmasosa. Uusintakyselyssä hieman alle puolet oli samaa mieltä, mielipidettään ilmaisemattomien ja eri mieltä olvien vastaajien osuudet olivat yhtä suuret.

Psyykkinen toimintakyky: Sekä alku- että uusintakyselyssä vähän yli viidesosa vastaajista oli samaa mieltä, mielipidettään ei ilmaissut hieman yli kolmasosa ja 2/5 osa vastaajista oli eri mieltä.

Kognitiivinen toimintakyky:

Alkukyselyssä puolet vastaajista oli sitä mieltä, että hoitajat yleensä kysyvät iäkkäältä potilaalta hänen arvionsa omasta kognitiivisesta toimintakyvystään, mutta uusintakyselyssä noin kolmasosa. Vastaajien osuuden muutos eri mieltä oleviin selittynee sillä, että koulutuksessa puhuttiin standardoitujen mittareiden käytöstä kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnissa, mikä johti mielipidemuutokseen.

Hoitajat yleensä tarkistavat omaisen näkemyksen iäkkään potilaan toimintakyvystä, alkukyselyssä puolet oli samaa mieltä, muutama ei ilmaissut mielipidettään ja eri mieltä olevia oli kolmasosa. Uusintakyselyssä suurin osa vastaajista oli samaa mieltä, harva jätti mielipiteensä ilmaisematta ja eri mieltä oli enää alle kolmasosa.

Sosiaalinen toimintakyky

Hoitajat yleensä kysyvät iäkkäältä potilaalta hänen arvionsa omasta sosiaalisesta toimintakyvystään, alkukyselyssä vähän yli viidesosa oli samaa mieltä, mielipidettään ei ilmaissut kolmasosa ja eri mieltä oli hieman alle puolet. Uusintakyselyssä samaa mieltä olevien osuus nousi, samalla kun eri mieltä olevien osuus laski ja osuudet tulivat yhtä suuriksi, mielipidettään ei ilmaissut hieman yli neljäsosa.

Koulutuksella oli myönteistä vaikutusta sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin.

lääkään potilaan hoidon tarpeen arviointi

Ainoastaan lääkärin tai omahoitajan arvioimaan lääkkään potilaan hoidon tarpeeseen, sekä alku- että uusintakyselyssä lähes kaikki olivat eri mieltä, vain muutama oli eri mieltä vastaajista. Koulutuksella ei ollut vaikutusta asiaan.

Hoitajat arvioivat keskenään lääkkään potilaan hoidon tarpeen, alkukyselyssä puolet vastaajista oli samaa mieltä, mielipidettään ei ilmaissut hieman yli viidesosaosa ja eri mieltä hieman alle viidesosa. Uusintakyselyssä suurin osa oli samaa mieltä, muutama ei ilmaissut mielipidettään ja eri mieltä oli hieman yli neljäsosa vastaajista. Koulutuksella oli myönteistä vaikutusta.

lääkkään potilaan hoidon tarpeen arvioinnin ristiriitatilanteessa alkukyselyssä yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että potilaan ja hoitajien välisessä tapauksessa hoitajat päättävät potilaan hoidon tarpeen. Uusintakyselyssä taas hieman alle puolet oli samaa mieltä. Mielipidettään ei ilmaissut sekä alku- että uusintakyselyssä noin viidesosa vastaajista. Eri mieltä alkukyselyssä oli alle viidesosa ja uusintakyselyssä hieman yli kolmasosa.

Hoitajien ja omaisen näkemyserossa, jossa hoitajat päättävät potilaan hoidon tarpeen, sekä alku- että uusintakyselyssä oli samaa mieltä vajaa 2/5 osaa vastaajista, mielipidettään ei ilmaissut alkukyselyssä hieman yli neljäsosa ja vajaa 2/5 osa oli eri mieltä. Uusintakyselyssä muutama ei ilmaissut mielipidettään ja eri mieltä olevien osuus oli hieman yli puolet.

Potilaan ja omaisen näkemyserossa, jossa hoitajat päättävät potilaan hoidon tarpeen, alkukyselyssä sama mieltä, mielipidettään ilmaisemattomien ja eri mieltä olevien osuudet olivat yhtä suuret. Uusintakyselyssä mielipidettään ilmaisemattomien osuus laski ja eri mieltä olevien osuus nousi miltei puoleen vastaajista.

Koulutuksella oli selvästi myönteistä vaikutusta ristiriitatilanteiden hallintaan.

Iäkkään potilaan hoitotyön tavoite

Hoitajat määrittelevät yhdessä potilaan kanssa hänen hoitonsa tavoitteen tai että sen määritteli lääkäri, sekä alku- että uusintakyselyssä samaa mieltä oli kolmasosa vastaajista, viidesosa ei ilmaissut mielipidettään ja eri mieltä oli lähes puolet. Koulutuksella ei ollut vaikutusta tähän asiaan.

Työryhmän määrittelemään hoitotyön tavoitteeseen, johon myös potilas osallistuu, alkukyselyssä ilmaisi olevansa samaa mieltä yli 2/5 osaa vastaajista, mielipidettään ei ilmaissut viidesosa ja eri mieltä oli alle 2/5 vastaajista. Uusintakyselyssä hieman yli kolmasosa oli samaa mieltä, alle 2/5 osaa ei ilmaissut mielipidettään ja eri mieltä oli lähes puolet vastaajista.

Hoitajat kysyvät iäkkäältä hänen omalle hoidolleen asettaman tavoitteen ennen hoidon tavoitteen asettamisesta, oli samaa mieltä kolmasosa vastaajista, lähes puolet ei ilmaissut mielipidettään ja eri mieltä oli neljäsosa. Uusintakyselyssä sekä samaa että eri mieltä olevien osuudet olivat yhtä suuret ja mielipidettään ei ilmaissut hieman alle kolmasosa.

Hoitajat kertovat aina iäkkäälle potilaalle hänen hoitonsa tavoite, alkukyselyssä hieman alle puolet oli samaa mieltä, mielipidettään ei ilmaissut neljäsosa ja eri mieltä oli kolmasosa vastaajista. Hoidon tavoitteen kertomisesta omaisille samaa mieltä olevia oli alkukyselyssä suurin osa ja uusintakyselyssä miltei kaikki vastaajat. Muutamit mielipidettään asiassa ei ilmaissut alkukyselyssä ja uusintakyselyssä tämä vastaajien joukko pieneni vielä. Eri mieltä oli vain muutama kummassakin kyselyssä.

Hoitajat varmistavat aina, että iäkäs potilas on ymmärtänyt hoidolleen asetetun tavoitteen sekä alku- että uusintakyselyssä vastaajat oli samaa mieltä eli vajaa

2/5. Alkukyselyssä asiasta ei ilmaissut mielipidettään neljäsosa ja uusintakyselyssä tämä joukko kasvoi lähes puoleen vastaajista. Eri mieltä oli vajaa 2/5 osa vastaajista alkukyselyssä ja uusintakyselyssä hieman yli 1/5 osa vastaajista. Iäkkään potilaan omaisen hyväksymisen potilaan hoidon tavoitteesta samaa mieltä oli sekä alku- että uusintakyselyssä suurin osa vastaajista, mielipidettään ei ilmaissut ja eri mieltä oli alle viidesosa molemmissa kyselyissä.

Koulutuksella oli myönteistä vaikutusta hoitotyön tavoitteen asettamiseen.

Iäkkään potilaan hoitaminen

Hoitajat laativat iäkkään potilaan kanssa hänen yksilöllisen hoitosuunnitelmansa, oli samaa mieltä alkukyselyssä vajaa kolmasosa, joka osuus laski vielä uusintakyselyssä. Mielipidettään ei ollut ilmaissut alkukyselyssä neljäsosa, joka sekin osuus laski uusintakyselyssä. Eri mieltä oli lähes puolet alkukyselyssä ja uusintakyselyssä eri mieltä oli suurin osa vastaajista. Koulutuksella ei ollut vaikutusta hoitosuunnitelman tekemiseen.

Hoitosuunnitelman luettavuudesta potilaan ja hänen omaisensa kohdalla alkukyselyssä samaa mieltä ja eri mieltä olevien osuudet olivat yhtä suuret, mielipidettään ei ilmaissut neljäsosa. Uusintakyselyssä suurin osa oli samaa mieltä, mielipidettä ei ilmaissut ja eri mieltä oli viidesosa vastaajista.

Hoitajien rohkaisemisesta potilasta omaan päätöksentekoon hoidossaan sekä alku- että uusintakyselyssä oli lähes puolet, mielipidettään ei ilmaissut viidesosa ja eri mieltä oli hieman yli kolmasosa.

Hoitajat ottavat aina iäkkään potilaan toiveet huomioon auttaessaan häntä, oli samaa mieltä lähes kaikki sekä alku- että uusintakyselyssä, muutama ei ilmaissut mielipidettään ja eri mieltä oli vajaa kolmasosa.

Kotiuttamisessa iäkkään potilaan näkemys kysyttiin ennen kotiutussuunnitelman tekoa. Alkukyselyssä suurin osa oli samaa mieltä, mielipidettään ei ilmaissut 2/5 osaa vastaajista. Uusintakyselyssä lähes kaikki olivat samaa mieltä, vain muutama ei ilmaissut mielipidettään.

Hoitajat suunnittelevat yhdessä potilaan ja hänen omaisensa kanssa potilaan kotiutusta, suurin osa oli alkukyselyssä samaa mieltä ja uusintakyselyssä lähes kaikki vastaajat. Mielipidettään ei ilmaissut alkukyselyssä viidesosa ja eri mieltä oli muutama vastaaja. Uusintakyselyssä muutamat eivät ilmaisseet mielipidettään ja eri mieltäkin oli vain muutama.

Hoitajat arvioivat iäkkään potilaan omaisen voimavaroja omaisen kanssa ennen potilaan kotiutusta, samaa mieltä oli alkukyselyssä suurin osa ja uusintakyselyssä lähes kaikki. Alkukyselyssä vajaa kolmasosa vastaajista ei ollut ilmaissut mielipidettään ja eri mieltä oli vain muutama. Uusintakyselyssä nämä osuudet väheni muutamiin vastaajiin.

Koulutuksella oli myönteinen vaikutus kotiuttamisasiassa.

Iäkkään potilaan hoidon arviointi

Hoitajat arvioivat iäkkään potilaan kanssa hänen hoitonsa onnistumista, alkukyselyssä hieman yli kolmasosa oli samaa mieltä, hieman yli viidesosalla ei ollut mielipidettä asiasta ja eri mieltä oli 2/5 osa vastaajista. Uusintakyselyssä suurin osa oli samaa mieltä, mielipidettään ilmaisemattomien ja eri mieltä olevien osuus oli yhtä suuri. Hoidon onnistumisen arviointia potilaan ja hänen omaisensa kanssa, alkukyselyssä yli puolet oli samaa mieltä ja uusintakyselyssä suurin osa, alkukyselyssä mielipidettään ei ollut ilmaissut viidesosa ja 2/5 osaa vastaajista oli eri mieltä, näiden vastaajien osuudet olivat uusintakyselyssä yhtä suuret.

Hoidon tavoitteen muutoksen keskustelemisesta iäkkään potilaan kanssa, sekä alku- että uusintakyselyssä oli lähes puolet, alkukyselyssä mielipidettään ei ollut ilmaissut yli viidesosa ja uusintakyselyssä tämä vastaajien osuus putosi hieman yli viidesosaan, eri mieltä oli hieman yli viidesosa ja uusintakyselyssä osuus nousi vajaan kolmasosaan. Omaisen kanssa keskusteltiin potilaan hoidon tavoitteen muutoksesta, hieman yli 2/5 oli samaa mieltä alkukyselyssä ja uusintakyselyssä lähes puolet oli samaa mieltä. Alkukyselyssä mielipidettään ei ilmaissut yli kolmasosa ja uusintakyselyssä osuus laski lähes viidesosaan vastaajista. Eri mieltä oli hieman yli viidesosa ja uusintakyselyssä osuus nousi lähes kolmasosaan vastaajista.

Iäkkään potilaan toimintakyvyn arviointia yhdessä iäkkään potilaan kanssa hoitajat arvioivat säännöllisesti, vastaajista suurin osa oli alkukyselyssä samaa mieltä, mutta uusintakyselyssä samaa mieltä oli vajaa puolet vastaajista. Mielipidettään ei ilmaissut alkukyselyssä vajaa viidesosa, uusintakyselyssä tämä osuus vastaajista nousi kolmasosaan. Alkukyselyssä eri mieltä oli muutama ja uusintakyselyssä vajaa kolmasosa.

Potilaskeskeisyys

Potilaskeskeisyydessä potilaalle jää vastuu hoidostaan, samaa mieltä oli vain muutama sekä alku- että uusintakyselyssä, myös ilman mielipidettä oli muutama ja lähes kaikki olivat eri mieltä.

Potilaskeskeisyydessä hoitotyön päätöstä ei voi tehdä ilman potilaan suostumusta, samaa mieltä oli alkukyselyssä vajaa viidesosa, ilman mielipidettä oli hieman yli viidesosa ja eri mieltä suurin osa. Uusintakyselyssä vajaa kolmasosa oli samaa mieltä, hieman yli viidesosalla ei ollut mielipidettä ja eri mieltä oli lähes puolet.

Potilaskeskeisyydessä potilaan näkemys hoidossa on ensisijainen, sekä alku- että uusintakyselyssä samaa ja eri mieltä oli lähes puolet vastaajista. Mielipidettään ei ollut ilmaissut alkukyselyssä muutama, joiden osuus nousi uusintakyselyssä vajaan kolmasosaan.

Potilaskeskeisyydessä hoitajien auktoriteettiasema heikkenee, vajaa viidesosa vastaajista oli samaa mieltä, mielipidettään ei ilmaissut vajaa viidesosa ja eri mieltä oli suurin osa. Uusintakyselyssä samaa mieltä oli muutama, mielipidettään ei ilmaissut vajaa kolmasosa ja eri mieltä oli suurin osa vastaajista.

Potilaskeskeisyydessä hoidon eettiset kysymykset monimutkaistuvat, alkukyselyssä samaa mieltä oli reilu kolmasosa, mielipidettään ilmaisemattomien ja eri mieltä olevien osuus oli yhtä suuri hieman alle kolmasosa vastaajista. Uusintakyselyssä samaa mieltä ja mielipidettä ilmaisemattomien osuus oli yhtä suuri hieman alle kolmasosa ja eri mieltä oli yli puolet vastaajista.

Potilaskeskeisyydessä hoitajien työmäärä lisääntyy entisestään, alkukyselyssä 2/5 vastaajista oli samaa mieltä, mielipidettään ei ilmaissut hieman yli viidesosa ja eri mieltä oli hieman yli kolmasosa. Uusintakyselyssä hieman yli kolmasosa oli samaa mieltä, mielipidettään ei ilmaissut vajaa kuudesosa ja eri mieltä oli yli puolet vastaajista.

Potilaskeskeisyydessä omaisille tulee keskeinen rooli potilaan hoidossa, alkukyselyssä hieman yli neljäsosa vastaajista oli samaa mieltä, mielipidettään ei ilmaissut kuudesosa ja eri mieltä oli puolet vastaajista. Uusintakyselyssä vähän alle puolet oli samaa mieltä, mielipidettään ei ilmaissut hieman yli kolmasosa ja eri mieltä oli hieman yli viidesosa.

Potilaskeskeisyydessä hoidon tavoitteen määrittely vaikeutuu, alkukyselyssä vajaa viidesosa oli samaa mieltä, mielipidettään ei ilmaissut vajaa kolmasosa ja eri mieltä oli puolet vastaajista. Uusintakyselyssä samaa mieltä ja mielipidettään ilmaisemattomia oli hieman yli viidesosa ja eri mieltä oli yli puolet vastaajista.

Potilaskeskeisyydessä potilaat ja omaiset voivat vaatia kohtuuttomia asioita, alkukyselyssä yli puolet vastaajista oli samaa mieltä, muutama ei ilmaissut mielipidettään ja eri mieltä vajaa kolmasosa vastaajista. Uusintakyselyssä vajaa 2/5 vastaajista oli samaa mieltä, muutamia oli ilman mielipidettä ja eri mieltä oli lähes puolet vastaajista.

Potilaskeskeisyydessä hoitamiseen tulee uutta, innovatiivista sisältöä, alkukyselyssä hieman alle puolet oli samaa mieltä, hieman yli 2/5 vastaajalla ei ilmaissut mielipidettään ja eri mieltä oli kuudesosa vastaajista. Uusintakyselyssä yli puolet oli samaa mieltä, hieman alle kolmasosa ei ilmaissut mielipidettään ja eri mieltä oli kuudesosa vastaajista.

Potilaskeskeisyydessä hoitajien ammattitaitoa ikääntyneiden potilaiden hoitamisessa aletaan nykyistä enemmän arvostaa, alkukyselyssä hieman yli viidesosa oli samaa mieltä, hieman yli kolmasosa ei ilmaissut mielipidettään ja eri mieltä oli hieman yli 2/5 vastaajista. Uusintakyselyssä hieman yli puolet oli samaa mieltä, mielipidettään ei ilmaissut hieman yli neljäsosa ja eri mieltä alle viidesosa.

7.7 Koulutusintervention toteutus – eli saatiinko toivottu tulos

Hoitajien ammatillinen asenne

Hoitajien ammatillinen asenne muuttui koulutuksen jälkeen kaikissa kysymyksissä myönteiseen suuntaan. Yksilöllisyys ja itsemääräämisoikeus sekä vastuu hoitotyön tuloksista korostuivat vastaajien mielipiteistä, mikä oli koulutuksen tavoitteena. Potilaskeskeisyydessä potilas nähdään biopsykososiaalisena kokonaisuutena: ihmisenä, persoonana ja yksilönä, joka on itse mukana hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. (Mead & Bower 2000; Sorsa 2002; de Haes & Koedoot, 2003.) Hyvä vuorovaikutus edellyttää tiettyjen asenteiden tarkistamista. Hoitajien on hyvä tarkistaa, millaiset ovat minun asenteeni ja millaisten asenteiden varassa meidän työyhteisössä työtä tehdään. (Nousiainen & Piekkari 2007,19.)

Hoitajien ammatillinen asenne muuttui koulutuksen jälkeen kaikissa kysymyksissä myönteiseen suuntaan. Yksilöllisyys ja itsemääräämisoikeus sekä vastuu hoitotyön tuloksista korostuivat vastaajien mielipiteistä, mikä oli koulutuksen tavoitteena.

Esimerkiksi: Yksilöllinen hoitaminen edellyttää aina keskustelua iäkkään potilaan kanssa – kysymyksessä vastausprosentti alkukyselyssä samaa mieltä olivat (55%) ja uusintakyselyssä (89%) vastaajista.

lääkkään potilaan toimintakyvyn arviointi

lääkkään potilaan toimintakyvyn arvioinnin osuudessa hoitajien mielipiteet muuttuivat fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnissa myönteiseen suuntaan koulutuksen jälkeen. Potilaalta kysyttiin fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä hänen omaa arviota toimintakyvystään. Ainoastaan kognitiivisesta toimintakyvystä kysymisen mielipide muuttui kielteisempään suuntaan. Potilaan toimintakyvyn arviointiin käytetään tarvittaessa erilaisia mittareita, kuten itsenäisen toimintakyvyn mittari (FIM), masentuneisuuden mittari (GDS), kognitiivisen toimintakyvyn mittari

(MMSE) sekä kaatumisen pelko mittaria. (Haapaniemi ym. 2006, 202.) On suositeltavaa käyttää standardoitua toimintakykymittaria. (Valvanne 2007, 8.)

Alku- ja uusintakyselyssä suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että hoitajat aina kirjaavat iäkkään potilaan näkemyksen omasta toimintakyvystään potilaan asiakirjoihin. Eri mieltä oli alku- ja uusintakyselyssä kolmasosa vastaajista. Sekä alku- että uusintakyselyssä osalla vastaajista ei ollut mielipidettä tästä asiasta. Tärkeää on potilaan tilan jatkuva tarkkailu ja havaintojen kirjaaminen. Hoitohenkilökunnan päätökset perustuvat potilaslähtöiseen ajatteluun ja ammatilliseen tietopohjaan. (Lehmusvaara 2011.) RAVA™ -mittari on ikäihmisen toimintakyvyn arviointiin kehitetty lomake, jolla arvioidaan toimintakykyä ja avuntarvetta. Mittari on Suomen kuntaliiton omistama. Toimintakykyä arvioidaan seuraavien toimintojen avulla: näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, rakon ja suolen toiminta, syöminen, lääkitys, pukeutuminen, peseytyminen, muisti ja psyyke. RAVA- arvioinnit tallennetaan web-pohjaisella RAVATAR- tietokoneohjelmalla valtakunnalliseen tietokantaan. Tämä mahdollistaa muun muassa kuntien välisen vertailun. RAVA™ -mittarin saa käyttöön hankkimalla lisenssin tai kouluttamalla arvioinnin tekijät mittarin oikeaan käyttöön. (THL 2009.)

Iäkkään potilaan hoidon tarpeen arviointi

Potilaan hoidon tarpeen arvioinnin osuudessa hoitajien keskenään tekemien hoidon tarpeen arvioinnin osuus nousi, mutta ristiriitatilanteessa koulutuksella oli selvä vaikutus, ettei hoitaja yksin päättä hoidon tarvetta. Esimerkiksi vanhuksen ravitsemustilan arvioinnissa voidaan käyttää Mini Nutritional Assessment (MNA)- arviointimenetelmää. Menetelmä ottaa huomioon vanhuksen fyysisen ja psyykkisen terveydentilan, toimintakyvyn ja elinolosuhteet. (Räihä, 2007, 18-21.)

Iäkkään potilaan hoitotyön tavoite

Iäkkään potilaan hoitotyön tavoitteen asettamisessa hoitajien mielipiteet jakautuivat melko tasaisesti samaa mieltä, eri mieltä ja mielipidettään

ilmaisemattomien osuuteen miltei kaikissa kyselylomakkeen kysymyksissä, jotka käsittelivät hoitotyön tavoitteen asettamista. Tärkeintä on, että tavoitteet asetetaan ja niistä ollaan tietoisia. Tavoitteilla ylläpidetään iäkkään potilaan toiminnallista ja psykososiaalista kyvykkyyttä tukemalla ja edistämällä päivittäisissä toiminnoissa selviytymistä mahdollisuuksien mukaan. (Routasalo, ym. 2004, 221.) Iäkkään potilaan hoitotyön tavoitteet muotoillaan potilaan ja hänen omaisensa kanssa yhdessä potilaan saavutettavissa oleva terveys ja toimintakyky huomioon ottaen. (Routasalo & Lauri 2001, 208.)

Iäkkään potilaan hoitaminen

Potilaan hoitamisessa hoitosuunnitelman lukemismahdollisuus potilaalle ja omaiselle tuli enemmän esille koulutuksen jälkeen sekä kotiuttamisessa koulutuksella oli selvästi merkitystä. Iäkkäiden potilaiden terveysongelmia pystytään harvoin parantamaan tai poistamaan, siksi hoitotyöllä on tärkeä tehtävä iäkkään henkilön selviytymisen edistämisessä ja terveysongelmien haittojen lieventämisessä. (Clark & Wall 2003, 148.) Kuntoutumista edistävän hoitotyön edellytyksenä on hoitajan sitoutuminen potilaan kuntoutumisen edistämiseen, mikä tulee esille muun muassa hyvässä perushoidossa ja potilaan omatoimisuuden tukemisessa. (Routasalo & Lauri 2001, 208.) Potilaan puolesta tekemisen sijasta hoitaja ohjaa ja kannustaa potilasta yrittämään itse. (Booth, ym. 2005.)

Iäkkään potilaan hoidon arviointi

Potilaan hoidon arviointia, yhdessä potilaan kanssa, keskustellen potilaan ja omaisen kanssa, tapahtui enemmän koulutuksen jälkeen, mutta toimintakyvyn arvioinnin osuus laski koulutuksen jälkeen. Toisaalta toimintakyvyn arvioinnista puhuttiin koulutuksessa, että tulee käyttää standardoituja mittareita, mikä varmasti vaikutti toimintakyvyn arvioinnista standardoiduilla mittareilla, vastaajien määrän laskuun. On tärkeää sopia muiden hoitajien kanssa työskentelytavoista, jotta kunkin potilaan kanssa toimitaan yhtenäisesti. Esimerkiksi hoitaja antaa potilaan suoriutua itsenäisesti pukeutumisesta ja olla läsnä omatoimisuuteen ohjaamisessa mahdollisuuksien mukaan. Potilaan

siirtyessä vuoteesta pyörätuoliin hoitajat antavat selkeät ohjeet. (Haapaniemi ym. 2006,202.)

Potilaskeskeisyys

Potilaskeskeisyydessä koulutuksen jälkeen miltei kaikki olivat samaa mieltä, ettei potilaalle jää vastuuta hoidostaan. Hoitotyön päätöksenteko jakoi mielipiteet sekä ennen koulutusta että sen jälkeenkin, joskin samaa mieltä olevien osuus kasvoi koulutuksen jälkeen. Potilaan näkemys ensisijaisena jakoivat mielipiteet, eikä koulutuksella ollut juurikaan vaikutusta kyseiseen asiaan. Hoitajien auktoriteettiaseman heikkenemiseen, vastaajien eri mieltä oleminen vahvistui koulutuksen jälkeen. Hoidon eettisten kysymysten monimutkaistumisesta, eri mieltä olevien osuus kasvoi koulutuksen jälkeen. Potilaskeskeisyys (patient-centredness)- käsite voi tarkoittaa ammatillista potilaan tarpeisiin vastaamista. Lähtökohtana on potilaan todellisuus, jossa potilaan arvoja, mieltymyksiä ja ilmaistuja tarpeita kunnioitetaan. Potilas nähdään biopsykososiaalisena kokonaisuutena: ihmisenä, persoonana ja yksilönä, joka on itse mukana hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. (Mead & Bower 2000; Sorsa 2002; de Haes & Koedoot 2003.)

Potilaskeskeisyydessä hoitajien työmäärän lisääntymisestä eri mieltä olevien osuus kasvoi koulutuksen jälkeen. Omaisten roolista koulutuksella oli vaikutusta, koska samaa mieltä olevien osuus kasvoi. Hoidon tavoitteen määrittelyn vaikeutumisesta koulutuksella oli vaikutusta, koska yli puolet vastaajista oli asiasta eri mieltä. Potilaiden ja omaisten kohtuuttomista vaatimuksista koulutuksella oli vaikutusta, koska vastaajien mielipiteet vaihtuivat samaa mieltä olevista eri mieltä oleviin. Esimerkiksi Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä on tehty tutkimus yksilövastuiseen hoitotyön toteutumisesta operatiivisen hoitotyön alueella. Yksilövastuinen hoitotyön malli mahdollisti parhaiten potilaan osallistumisen hoitoonsa ja hoidon jatkuvuuden. Potilaat olivat myös tyytyväisempiä, koska heillä oli omahoitaja. Potilaskeskeinen hoitotyö toteutui pitkään alalla työskennelleiden hoitajien toimesta parhaiten. Potilaat osallistuivat omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja olivat tietoisia hoitoonsa liittyvistä asioista. Hoitajat kuvasivat potilaskeskeisyyttä

muun muassa seuraavasti: ”sovitan potilaan toiveet yhteen muiden kanssa ja minulla on aikaa paneutua potilaan asioihin”. (Ryhänen 2005, 31.)

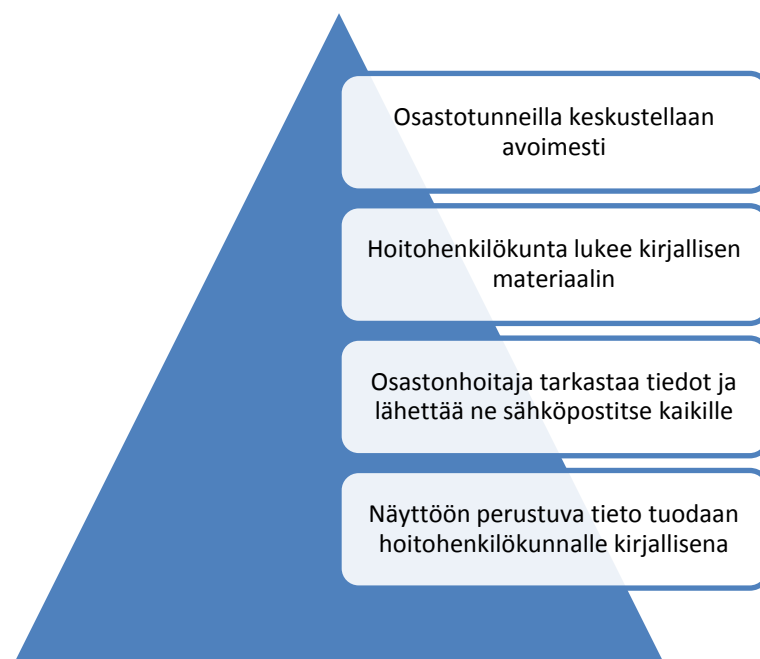
Hoitamisen uudesta, innovatiivisesta sisällöstä samaa mieltä olevien osuus kasvoi koulutuksen jälkeen. Hoitajien ammattitaidon arvostuksesta iäkkäiden potilaiden hoitamisessa oltiin samaa mieltä enemmän koulutuksen jälkeen, joten koulutuksella oli selvästi myönteistä vaikutusta.

7.8 Koulutusintervention palaute

Koulutuksen jälkeen projektipäällikkö kysyi palautetta hoitohenkilökunnalta sähköpostitse osastonhoitajan kautta. Sähköpostiviestissä pyydettiin hoitohenkilökuntaa vastaamaan seuraaviin kysymyksiin: Oliko potilaskeskeisyyskoulutuksella vaikutusta ammatilliseen asenteeseen? Johon saatiin yksi vastaus. Vastaaja sanoi kyllä, koska koki, että koulutuksessa oppii uutta ja kehittyy ammatillisesti. Onko osastotunti sopiva paikka koulutuksen järjestämiseen koulutus jäsentämään hoitotyön prosessia? Vastaaja sanoi kyllä, sillä teoria ja käytäntö yhdessä opettavat hyvin. Onko potilaskeskeisyys-käsite selkeämpi? Vastaaja sanoi kyllä, perustellen vastaustaan, että, kun osaa asettua potilaan asemaan ja ”nähdä maailma heidän silmin” voi asettaa heidän hyvinvointinsa kaiken yläpuolelle.

8 KEHITTÄMISPROJEKTIN KOULUTUSMALLI

Kehittämiprojektin tuotoksena saatiin koulutusmalli Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen pitkäaikaissairaanhoidon kosketuseristysosaston käyttöön ”Näyttö Käyttöön” – koulutusmalli (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Kehittämiprojektin koulutusmalli ”Näyttö Käyttöön”-koulutusmalli

Näyttöön perustuva toiminta toisaalta edellyttää ja toisaalta vahvistaa työntekijän osaamista. Työntekijältä odotetaan hyvää käytännön tuntemusta ja kykyä yhdistää päätöksenteossa eri lähteistä saatuja tietoja, räätälöidä hoitosuosituksia ja muuta näyttöä potilaskohtaisesti. Oman tietopääoman kartoittaminen, kokemusten saaminen hoitotyön päätöksenteosta ja päätösten vaikutuksista potilaan vointiin tukee substanssiasiantuntijuuden kasvua. (Perälä & Pelkonen 2006.)

Näyttöön perustuvassa toiminnassa on keskeistä uusimman tutkimustiedon hyödyntäminen. Kun näyttöön perustuva toiminta toteutuu käytännössä, yhdistyy paras saatavilla oleva tutkimusnäyttö, tieto potilaan tarpeista, toiveista ja mieltymyksistä sekä työntekijän kliininen asiantuntemus ja organisaation voimavarat. (Cullum 2000, 30.)

Koulutuksen suunnittelun apuna voidaan käyttää kehittämiprojektin koulutuskertojen aikataulutettuja koulutustapahtumia, tavoitteineen ja metodeineen. (Liite 1,2,3 ja 4.) Sosiaalisen konstruktivismin mukaan yhteisöllisessä vuorovaikutuksessa, keskusteluissa ja yhteisessä toiminnassa yksilön ajatteluprosessit tulevat näkyviin. Ryhmässä kunkin perustellut käsitykset luovat pohjaa omaan oppimiseen ja muiden oppimiselle ajatusten

ennakko-oletusten ja itsestään selvien asioiden kyseenalaistamisena. (Tynjälä 1999,8; Enkenberg 2001,161; Rauste-von Wright, Wright & Soini 2003,53; Tynjälä, Heikkinen & Huttunen 2006, 20.)

Tutkimus- ja kehittämistoiminnan motiiveja ovat esimerkiksi ammattikäytänteiden parhaiden menetelmien (best practices) selkiyttäminen erilaisista näkökulmista katsoen (Douglas 2000.)

Tähän ”Näyttö Käyttöön” – koulutusmalli soveltuu erinomaisesti.

Asiakasnäkökulma

Hoidon laatu on asiakkaan näkökulmasta potilaan odotusten ja palvelujen vastaavuuden aste. Laatu syntyy, kun potilas vertaa ennakko-odotuksiaan palveluista tai hoidoista saamiinsa kokemuksiin. Laatu ilmenee tyytyväisyytenä, esimerkiksi potilastytytyväisyyskyselyssä, jonka tulokset voitaisiin esitellä koulutusmallin avulla. Potilaiden odotusten selvittäminen auttaa tunnistamaan, minkä arvon potilas antaa hoidon lopputulokselle. Laatu auttaa potilasta konkretisoimaan tavoitteensa ja osallistumaan terveytensä hoitoon mahdollisuuksien mukaan, mikä saattaa tuottaa olennaista hyötyä ja saa aikaan parempia hoitotyön tuloksia. (Perälä 2006,3.)

Potilaan arviointeihin yhteydessä olevia tekijöitä ovat toiminnan organisointi ja rakenne ja rahoitus, hoitoon pääsy ja hoidon jatkuvuus sekä hoidon antajat. (Perälä 2006, 11.)

Prosessinäkökulma

Kehittämisosprosessin tunneilmasto syntyy kaikkien osallistujien asenteista ryhmää, ohjaajaa ja itse kehittämistehtävää kohtaan. (Isokorpi & Viitanen 2001, 55.) Muutosprosessia voidaan hallita organisaatiota ylläpitävän johdon sekä työhönsä sitoutuneiden ja motivoituneiden henkilöiden avulla. (Stenlund 2001, 57.) Lähiesimiesten vastuulla on työn tarkoituksenmukaisuuden organisointi, työkäytäntöjen ja henkilöstön osaamisen uudistaminen ja yhteistyöosaaminen. (Viitala, 2008; STM 2008.)

Hoitotyön prosessiin kuuluvat tekninen hoito (jota on vaikea arvioida), vuorovaikutus- ja kommunikaatiotaidot, jotka liittyvät vuorovaikutuksen tasoon, kokemukseen välitetyksi tulemisesta sekä henkilöstön käyttäytymiseen. Nämä ovat tärkeitä kokonaistyytyväisyyden selittäjiä. Hoidon lopputulos on yhteydessä koettuun hoidon tarpeeseen, oireiden lievittymisen asteeseen, koettuun suorituskyykyyn ja mahdolliseen terveydentilan paranemiseen. (Perälä 2006, 11-12.)

Potilaskeskeisen hoitotyön toteuttamista edistäviä tekijöitä ovat toteuttajina koulutettu, ammattitaitoinen henkilöstö, jolla on ammatillista osaamista ja joka pitää sitä yllä, esimerkiksi ”Näyttö Käyttöön” – koulutusmallin avulla. Koulutusmalli on edullinen ja toimiva sisäiseen koulutukseen.

Oppimisen/osaamisen näkökulma

Yhteinen näkemys ja visio saavat ihmiset oppimaan ja pyrkimään parhaaseen suoritukseen. On olennaista, että puhutaan yhteisestä visiosta ja keskustellaan mahdollisista näkemyseroista. Kehittyminen merkitsee muutosta myös työkuultuurissa ja ilmapiirissä. Työkuultuuri merkitsee työyhteisössä vallitsevia normeja ja yhteisiä arvoja. Oppivassa organisaatiossa tulee aikaansaada sellainen tapa toimia, jolla tuotetaan laadukkaita palveluja. Toimintaprosessien tulee olla tarkoituksenmukaisia ja hiottuja ja niitä tulee kehittää jatkuvasti. Yhteistoiminnan kehittämisellä pyritään organisaatorakenteen madaltamiseen ja työntekijöiden valtuuksien lisäämiseen. Joustavuus ja moniosaaminen mahdollistavat selviytymisen ja nopean reagoimisen yllättäviin tilanteisiin.

Taloudellisuusnäkökulma

Yksilöosaaminen käsittää ammattipohjaisen, teoreettisen ja käytännön tiedon ja taidon sekä fyysiset ja psyykkiset valmiudet saavuttaa määrällisiä ja laadullisia tavoitteita työssä. Osaamiseen sisältyvät yksilön motiivit, yksilölliset ominaisuudet, käsitys itsestä, tiedot ja taidot sekä työntekijän fyysiset ja psyykkiset valmiudet, hänen asenteensa ja käsitys omasta työtehtävästä. Työntekijän todellinen osaaminen muodostuu ammatillisen pätevyyden lisäksi työn ja elämäkokemuksen myötä kertyneestä osaamisesta, johon sisältyy paljon hiljaista tietoa. Työntekijän todellisen osaamisen ja työssä tarvittavan

osaamisen ero on käytössä olevaa osaamista. Olennaista on määritellä jäävuoren huippu eli se osaaminen, joka ilmenee erilaisissa työtilanteissa näkyvänä toimintana. Perustan tälle näkyvälle toiminnalle luo henkilön näkymätön osaaminen. (Spencer & Spencer 1991, 9-11; Ahvo - Lehtinen & Maukonen 2005, 18.)

Taloudellisesta näkökulmasta ”Näyttö Käyttöön” – koulutusmalli soveltuu esimerkiksi uusien tilauskäytäntöjen opettamiseen, jolloin tilaukset tehdään yhteisen käytännön mukaisesti.

9 EETTISET KYSYMYKSET JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen eettisyyttä lisättiin jättämällä vastaajien taustatiedot pois, koska tutkimusjoukko on pieni. Tutkittavia suojeltiin aineiston analyysivaiheessa siten, että uusintakyselyn kyselylomakkeet numeroitiin ja ainoastaan projektipäällikkö analysoi aineiston. Kaikki tutkimustulokset julkaistiin niin, ettei yksittäistä vastaajaa voitu tunnistaa.

Tässä kehittämisprojektissa kyselyyn vastaaminen oli täysin vapaaehtoista. Kyselyyn vastaajille tuotiin useaan otteeseen esille vapaaehtoinen kyselyyn vastaaminen sekä suullisesti osastotunneilla että kirjallisesti kyselyn saatekirjeessä. Saatekirje laadittiin projektipäällikön toimesta huolella ja vastaaja on saanut riittävästi informaatiota.

Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää tutkijalta, että hän noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä ja tutkimustulosten esittämisessä. Tutkijan tulee noudattaa tutkimusta tehdessään tutkimusetiikkaa samalla tavalla kuin ammattilaisen on harjoittaessaan ammattiaan noudatettava alansa ammattietiikkaa. (Vilkkä 2005, 30, 40.)

Ennen kyselyn aloitusta mittarille anottiin kohdeorganisaatiolta lupa ja hoitohenkilökunnalle pidettiin informaatiotilaisuus kyselystä.

Tutkijan eettisyyden pohdinnalle hyvä perusta on eettisyyden vaatimukset, joita ovat älyllisen kiinnostuksen, tunnollisuuden, rehellisyyden, vaaran

tuottamattomuuden, ihmisarvon, sosiaalisen vastuun, ammatinharjoittamisen edistäminen sekä kollegiaalisuuden vaatimukset. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 172.)

Yksi tärkeimmistä tutkimuseettisistä periaatteista on se, ettei tutkimus vahingoita vastaajaa fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. Henkilön, joka osallistuu tutkimukseen, tulee itsemääräämisoikeuden perusteella saada riittävästi tietoa tutkimuksesta, ennen päätöstään osallistua tutkimukseen. Perehtyneisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkittava on saanut kaiken oleellisen tiedon tutkimuksesta ja, että tutkittava on ymmärtänyt saamansa informaation. (Hirsjärvi ym. 2009, 26; Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 174.)

Kyselylomake oli valmiiksi laadittu ja testattu sen laatijan toimesta. Projektipäälliköllä oli lupa käyttää samaa kyselylomaketta, jolla oli jo kerran aiemmin tutkittu aihetta. Kyselyyn osallistuvien anonymiteetti taattiin kvantitatiivisin menetelmin suoritettulla kyselyllä. Kyselyn tulokset raportoidaan rehellisesti ja tarkasti eikä aineistosta ole jätetty yhtään kysymystä analysoimatta tai raportoimatta.

Tutkimuksen pätevyys (validiteetti) tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoituskin mitata. Tutkimus on pätevä, kun teoreettiset ja operationaaliset määritelmät ovat yhtäpitäviä. Kysymyksessä on tutkijan onnistuminen tutkimuksessa käytetyn teorian käsitteiden ja kyselylomakkeen ajatuskokonaisuuden siirtämisessä. (Vilkka 2005, 161.)

Tutkimuksen luotettavuus (reliaabelius) tarkoittaa tulosten toistettavuutta. Mittauksen tai tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa siis sen kykyä antaa *ei-sattumanvaraisia* tuloksia. Tämä tarkoittaa, että toistettaessa mittaus, saadaan täsmälleen sama mittaustulos riippumatta tutkijasta. (Vilkka 2005, 161; Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Tutkimus on luotettava ajassa ja paikassa eikä tutkimustuloksia pidä yleistää niiden pätevyysalueen ulkopuolelle, kuten toiseen aikaan tai yhteiskuntaan. (Heikkilä 2004, 30.)

Toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite on validius (pätevyys). Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi 2009, 231.)

Raportointi tehtiin sekä suullisesti että kirjallisesti. Projektiryhmän työskentely oli luottamuksellista kyselyn käytännön järjestelyissä. Raportissa on kuvattu aineiston analyysi tilastollisin menetelmin.

Tutkimuksen pätevyys ja luotettavuus muodostavat yhdessä mittarin kokonaisluotettavuuden. Kun tutkittu otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisuutta, tehdyn tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä. Tutkimuksen luotettavuutta heikentävät tutkimuksen aikana tapahtuneet satunnaisvirheet, kuten vastaaja ymmärtää esitetyn kysymyksen eri tavalla kuin tutkija on sen tarkoittanut tai tutkija tallentaa tutkimusaineistoa väärin. Satunnaisvirheet eivät välttämättä ole tutkimuksen tulosten kannalta merkittäviä, mutta tutkijan tulisi ottaa niihin kantaa. (Vilkkä 2005, 162.)

Valmis data tarkistettiin kaikkien vastausten osalta ja yhden vastaajan kohdalla kahden kysymysosion kysymykset 25.-38. olivat kokonaan vastaamatta, jolloin vastausvaihtoehdoksi tuli 0-vastaus. (Ernvall 2011.)

Kyselylomakkeet haettiin vastausajan päätyttyä osastolta suljetussa laatikossa. Tutkimusaineisto säilytettiin lukollisessa kaapissa tutkimustulosten julkaisemiseen asti, jonka jälkeen ne hävitettiin silppurissa.

10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Kehittämiprojektin arvioinnissa tuloksen arviointi on luonteeltaan summatiivista, se osoittaa, missä määrin tavoitteet on saavutettu. Tärkeänä menetelmällisenä objektiivisuuden kriteerinä pidetään sitä, että toinen tutkija voi samoista lähtökohdista toistaa tutkimuksen. Tutkijan edellytetään noudattavan työssään sekä menetelmällistä että kielellistä objektiivisuutta. Objektiivisuus metodikysymyksissä merkitsee sitä, että lähteet valitaan ja niitä tulkitaan huolellisesti ja että rehellisesti esitetään myös sellainen lähde- ja

tutkimusaineisto, joka on ristiriidassa omien käsitysten kanssa. (Hirsjärvi ym. 2009, 309-310.)

Kehittämiprojektin tavoitteena oli vaikuttaa hoitajien ammatilliseen asenteeseen

Kehittämiprojektista saadut palautteet ja kokemukset ovat olleet myönteisiä. Kehittämiprojekti eteni täysin projektisuunnitelman mukaan. Suunnitelmaan sisältyi kehittämistilanteeseen liittyviä mahdollisuuksia ja ongelmia, joiden avulla kehittämiprojektin avulla tiedostettiin kehittämiprojektin vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat.

Alkukyselyn tulosten perusteella hoitajien ammatilliseen asenteeseen hoitopäätöksen tekemisessä, potilaiden ja omaisten kohtelussa sekä hoitotyön tuloksien vastuusta tarvittiin koulutusta. Iäkkään potilaan toimintakyvyn arviointiin tarvittiin keinoja, kokonaisuutena hoitotyön prosessiin tarkennusta sekä potilaskeskeisyyden käsitteiden ja merkityksen selventämistä. Interventiossa tuotiin näyttöön perustuva tieto hoitotyöntekijöille sekä sanallisesti että kirjallisesti osastonhoitajan kautta.

Koulutusmallilla järjestettiin neljä koulutustapahtumaa osastotunneilla hoitohenkilökunnalle. Koulutustapahtumien suunnittelu ja toteutus onnistuivat hyvin kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Hoitohenkilökunta osallistui aktiivisesti koulutustapahtumiin. Koulutustapahtumat olivat onnistuneita ja niiden sisältö potilaskeskeisyyskyselyn mukainen. Koulutuksessa esitetty materiaali lähetettiin osastonhoitajan kautta sähköpostitse jokaiselle hoitotyöntekijälle. Kirjallinen materiaali sisälsi koulutuksen etenemisen mukaan aihealueittain hoitajien ammatillisesta asenteesta iäkkään potilaan kohtaamisessa, iäkkään potilaan toimintakyvyn ja hoidon tarpeen arvioinnista, iäkkään potilaan hoitotyön tavoitteiden asettamisesta ja potilaan hoitamisesta sekä iäkkään potilaan hoidon arvioinnista hoitotyön prosessin mallin mukaan potilaskeskeisyyden kuvailemiseen. ”Näyttö Käyttöön” - koulutusmalli on selkeä ja johdonmukainen.

Uusintakyselyn perusteella ajankohtaisia kehittämistarpeita löytyi hoitohenkilökunnan oppimisen ja osaamisen näkökulmasta tuotteistamisosaamiseen, taloudellisuusnäkökulmasta tilauskäytännön

täsmäntämiseen, asiakasnäkökulmasta omaisyhteistyöhön osaamishaasteina vuorovaikutus-, viestintä- ja sosiaaliset taidot ja prosessinäkökulmasta hoitotyön prosessin hallintaan. Koulutusmallissa hoitajien edellytetään osaavan käyttää ja soveltaa tutkimukseen perustuvaa tietoa käytännön hoitotyössä.

Kehittämiprojektin asiantunteva ohjausryhmä oli tukena ja sen toimivuuden projektipäällikkö varmisti etukäteen sähköpostitse lähettämillään kokouskutsuilla sovituissa aikataulussa. Kokousmuistiot lähetettiin sähköpostitse etukäteen ohjausryhmän jäsenille. Kehittämiprojektin keskeinen tuki oli työelämämentorina toiminut kosketuseristysosaston osastonhoitaja, joka mahdollisti hoitohenkilökunnan osallistumisen koulutustapahtumiin työvuorojärjestelyillä.

Koulutuksen kirjallinen materiaali lähetettiin etukäteen osastonhoitajalle, joka luki ja tarkisti vielä sisällön oikeellisuuden. Osastonhoitaja lähetti kirjallisen materiaalin jokaiselle hoitohenkilökuntaan kuuluvalla sähköpostitse koulutustapahtuman jälkeen. Kehittämiprojektissa projektipäällikön tukena toimi myös projektiryhmä, joka mahdollisti uusintakyselyn käytännön toteutuksen. Projektiryhmän jäsenet tulevat jatkossa toimimaan asiantuntijasairaanhoitajina ja vastaavat omien vastualueidensa koulutuksen järjestämisestä hoitohenkilökunnalle koulutusmallin mukaisesti. Opettajatutorin ja rinnakkaisohjaajan tuki ja ohjaus olivat tärkeitä.

Kehittämiprojektin empiirinen osa muodostui projektin pitkän ajan tavoitteen asettelusta, jolla tuetaan potilaskeskeisyyden toteutumista kosketuseristysosastolla. Konkreettinen tavoite oli tuottaa koulutusinterventio, jolla voidaan tukea potilaskeskeisyyden toteutumista. Kehittämiprojekti eteni seuraavien vaiheiden kautta: ideavaihe, esiselvitysvaihe, projektisuunnitelma, koulutusinterventio ja evaluointi. Tuotoksena oli koulutusmalli, jonka avulla voidaan toteuttaa koulutusta muistakin aiheista. Opettajatutorin ja rinnakkaisohjaajan tuella ja ohjauksella kehittämiprojektin toteutus ja raportointi noudattivat koulutusohjelman vaatimuksia.

Jatkotutkimuksena tulisi suorittaa potilaskeskeisyyskysely hoitohenkilökunnalle uudelleen vuoden kuluttua.

Kehittämiprojektin haasteena on saada kehitetty ”Näyttö Käyttöön” - koulutusmalli pysyväksi käytännöksi kosketuseristysosastolla toteutettavaan hoitotyöhön. Kehittämiprojektin tavoitteena oli saada toimiva koulutusinterventio potilaskeskeisyyden toteuttamiseksi. Kirjallinen materiaali tuki oppimista, ammatillisuutta, toimintakyvyn arviointia, hoitotyön prosessin hallintaa ja potilaskeskeisyyden käsitteen selkiintymistä.

Jatkotoimenpiteinä muodostetaan 3 ryhmää, joissa on asiantuntijasairaanhoitajat ja vastuunottoa parannetaan jakamalla vastuualueet. Osaston käytäntöön kuuluu ”Päiväkirja”, jossa on esillä kaikki tärkeät asiat, joita tulee seurata. Koulutusmalli saadaan ”elämään” käytännössä osastotunneilla, joissa uusin tieto jaetaan toisille.

Näin ”Näyttö Käyttöön” – kehittämiprojekti vastaa Suomen opetusministeriön edellytyksiä, jossa tutkimus- ja kehittämistyö on luonteeltaan työelämän tarpeista lähtevää soveltavaa tutkimus- ja kehittämistoimintaa, jonka pääpyrkimyksenä on tuottaa ”olennaisesti uutta tietoa” johonkin ammatilliseen kehittämiprojektiin. (Opetusministeriö 2004.)

LÄHTEET

- Abdelhamid, P. & Qvick, L. 2005. Kenen tahto hoidossa toteutuu? Sairaanhoidajaliitto. Sairaanhoidaja-lehti 12/2005 Viitattu 31.10.2011. <http://www.sairaanhoidajaliitto.fi>
- Ahvo - Lehtinen, S. & Maukonen, S. 2005. Osaamisen johtaminen kuntasektorilla. Kuntaosaaja 2012-työkirja. Helsinki: Efeko Oy. Viitattu 31.10.2011 <http://hosted.kuntaliitto.fi/intra/julkaisut/pdf/p050621095912H.pdf>
- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Akatiimi.
- Balint, E. 1969. The possibilities of patient-centred medicine. Journal of Royal College of General Practitioners. Vol 17/1969, 269-276.
- Beagan, B. & Ells, C. 2007. Values that matter, barriers that interfere: the struggle of Canadian nurses to enact their values. Canadian Journal of Nursing research. Vol.39 No. 4/2007, 37-57.
- Beauchamp, T. & Childress, J. 1994. Principles of biomedical ethics. 4. painos. New York: Oxford University Press.
- Boltz, M., Capezuti, E., Bowar - Ferres, S., Norman, R., Secic, M., Kim, H., Fairchild, S., Mezey, M. & Fulmer, T. 2008. Changes in the geriatric Care Environment Associated with NICHE(Nurses Improving Care for HealthSystem Elders) Geriatric Nursing. Vol.29 No. 3/2008, 176-185.
- Booth, J., Hillier, V., Waters, K. & Davidson, I. 2005. Effects of a stroke rehabilitation education programme for nurses. Journal of Advanced Nursing Vol.49/2006, 465-473.
- Brown, D., McWilliam, C. & Ward-Griffin, C. 2005. Client-centred empowering partnering in nursing. Journal of Advanced Nursing Vol.53, No.4, 160-168.
- Brunero, S., Lamont, S. & Coates, M. 2010. A review of empathy education in nursing. Nursing Inquiry. Vol. 17 No. 1/2010, 65-74.
- Byrne, P. & Long, B. 1976. Doctors Talking to patients. London, HMSO.
- Clark, M. & Wall, J. 2003. Rehabilitation nursing: the role of the nurse and the development of the specialist role. Reviews in Clinical Gerontology. Vol. 13/2003, 145-152.
- Cullum, N. 2000. Näyttöön perustuva hoitotyö. Haasteet ja mahdollisuudet. Teoksessa Voutilainen, P. ym. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2001. Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: Tammi, 2000, 29-38.
- de Haes, H. 2006. Dilemmas in patient centredness and shared decision making: A case for vulnerability. Patient education and Counseling Vol. 62 No.3/2006, 291 -298.
- de Haes, H. & Koedoot, N. 2003. Patient centered decisionmaking in palliative cancer treatment a world of paradoxes. patient Education and Counseling Vol 50/2003, 43 -49.
- Enkenberg, J. 2002. Uuden pedagogiikan perusta. Teoksessa Opetus, oppiminen, vuorovaikutus. Julkunen M. (toim.). Vantaa. Tummavuoren Kirjapaino Oy, 157-177.
- Ernvall, S. 2011. Tilastollisen aineiston analysointitaidot. Luento. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Ernvall, R., Ernvall, S. & Kaukkila, H. 2002. Tilastollisia menetelmiä sosiaali- ja terveysalalle. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö. WSOY
- Etiikkatyöryhmä 2002. Oulun kaupungin alueellisen vanhustyön etiikkatyöryhmä. Etiikkatyöryhmän muotoilemat väittämät ja toimintaohje-ehdotukset. Teoksessa Raasakka, P.,

Väänänen-Sainio R. & Koistinen, P. (toim.): Etiikan tekemistä vanhustyössä. Eettisiä näkökulmia vanhustyön kehittämiseen Oulussa. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisusarja 4. Oulun kaupungin painatuskeskus. Oulu.

Finne-Soveri, H. 2007. Vanhus potilaana. Vanhusten sairauksien erityispiirteet. Terapia Fennica. Kandidaattikustannus. Viitattu 24.10.2011.
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhus_potilaana

Groene, O., Lombarts, M., Klazinga, N. Alonso, J., Thompson, A. & Sunol, R. 2009. Is patient-centredness in European hospitals related to existing quality improvement strategies? Analysis of a cross-sectional survey (MARQuIS study). Quality safety health care 2009, Vol.18 No. 1/2009, 144-50.

Haapaniemi, H., Routasalo, P. & Arve, S. 2006. Sairaanhoidajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjinä. Hoitotiede Vol.18 No. 4/2006, 197-208.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S. , Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hofland, B.1993. Use of Facts to resolve Conflicts Between Beneficence and Autonomy. Teoksessa Kane, R. & Kaplan A. (toim.) Ethical conflicts in the management of home care: the case managers dilemma. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Hofland, B. 1994: When capacity fades and autonomy is constricted: a client-centered approach to residential care. Generations, Vol. 18 No.4/1994.

Hätönen, H. 2007. Oppiva organisaatio. Educa- instituutti Oy. Viitattu 31.10.2011
http://info.stakes.fi/NR/ronlyres/09B05A90-DA27-4CE5-A074-BAE48DEFEE73/0/Hatonen2_08102007.pdf

Isokorpi, T. & Viitanen, P. 2001. Pro Tunnevoimaa! Helsinki: Tammi.

Kalasniemi, M., Kuivalainen, L. & Ryhänen, A. 2002. Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä. Mittarin kehittäminen ja testaaminen. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin julkaisuja 32/2002.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kantola, P. 2010. Elämän hyvä ehto Kaskenlinnan sairaalassa. EHYEKS-hanke. Vanhustenhoidon toiminta- ja johtamiskulttuurin kehittämishanke 2008-2010 (2012). Turun ammattikorkeakoulu.

Kaskenlinnan sairaalan eristysosasto 2010. Osastoesite. Kaskenlinnan sairaala, Vähäheikkiläntie 3, 20701 Turku.

Karvonen, E. 2011. Konstruktivistinen lähtökohta. Viitattu 14.9.2011
<http://internetix.fi/opinnot/opintojaksot/0viestinta/tiedotusoppi/johdatusviestintatieteisiin/luento1.5.html>

Koponen, T. 2010. Eristysosaston tyhy - koulutusristeily. Eristysosaston hyvän hoidon periaatteet. Turun sosiaali- ja terveystoimi. Pitkäaikaissairaanhoito.

Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöisen laadunhallinnan malli: Tilastollisen prosessin ohjauksen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Väitöskirja. Tampere. Tampereen yliopisto. Verkkodokumentti.

Kärkkäinen, O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Suomen Sairaanhoitajaliitto ry. Jyväskylä:Gummerus Kirjapaino Oy, 89-96.

Käypä hoito 2011. Hoitosuosituksset. Viitattu 1.2.2011. <http://www.kaypahoito.fi>

Laine, C. & Davidoff, F. 1996. Patient-centred medicine, a professional evolution. Journal of American Medical Association. Vol. 275, 152-156.

Laki ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559, A 28.6.1994/564

Laki holhoustoimesta, holhoustoimilaki 1.4.1999/442.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta, julkisuuslaki 21.5.1999/621.

Lehmusvaara, E. 2011. Toimintasuunnitelma. Kaskenlinnan sairaalan kosketuseristysosasto.

Leino-Kilpi, H. & Peltomaa, K. 2008. Eettinen turvallisuus – vetovoimaisten sairaaloiden ominaispiirre. Sairaanhoitajaliitto. Sairaanhoitaja-lehti 8/2008. Viitattu 3.2.2011 <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>

Leino-Kilpi, H. 2003. Ikääntyneiden hoitotyön etiikka. Teoksessa Etiikka hoitotyössä. Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M.(toim.). Juva, WS Bookwell Oy, 227-250.

Leino-Kilpi, H. 2003. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. . Teoksessa Etiikka hoitotyössä. Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M.(toim.). Juva, WS Bookwell Oy, 284-298.

Lewin, S. , Skea, Z., Entwistle, V., Zwarenstein, M. & Dick, J. 2001. Interventions for provides to promote a patient-centred approach in clinical consultations. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews Vol. 4.

Lönroos, E. 2009. Ikääntyneen potilaan kokonaisvaltainen toimintakyvyn arviointi. Viitattu 28.10. 2011 <http://www.uku.fi/kansy/erikois/tth/ELonroos.pdf>

McCormack, B. 2003. Researching nursing practice: does person-centredness matter? Nursing Philosophy Vol.4 No. 3/2003, 179-188.

McCormack, B. 2004. Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. Journal of Clinical Nursing. Vol.13 No.3a/2004, 31-38.

McWhinney, I. 1989. The need for a transformed clinical method. Teoksessa Stewart, M. & Roter, D. Communicating with medical patients. London. Sage.

Mead, N. & Bower, P. 2000. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Social Science & Medicine. Vol.51/2000, 1087-1110.

Munnukka, T. & Aalto, P. 2002. Minun hoitajani. Näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki: Tammi.

Mänty, M., Sihvonen, S., Hulkko, T. & Lounamaa, A. 2007. Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat – Opas kaatumisten ja murtumien ehkäisyyn. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B29/2007.

Niiniluoto, I. 1980. Johdatus tieteenfilosofiaan. Käsite ja teorianmuodostus. Helsinki: Otava.

Nonaka, I. & Takeuchi, H. 1995. The Knowledge-Creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation. New York: Oxford University Press.

Nousiainen, L. & Piekkari, U. 2007. Osallistuva oppilas – yhteisöllinen koulu. Opetusministeriö. Koulun kehittämisen kansio. Viitattu 31.10.2011

http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Koulutus/artikkelit/osallistuva_oppilas_-_yhteisoellinen_koulu_-hanke/Osallistuva_Oppilas_liitteet

Nurminen, R. 2000. Hiljainen tieto hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi Oy.

Opetusministeriö 2004. Tutkimus- ja kehitystyösuomalaisissa ammattikorkeakouluissa. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2004:7. Opetusministeriön Koulutus- ja tiedepolitiikan osasto. Helsinki: Yliopistopaino.

PASW-Statistics 18. 2009. Predictive Analytics Software Statistics. Viitattu 17.12.2010 <http://support.spss.com/productsexp/statistics/documentation/18/clientindex.html>

Perälä, M. 2006. Laatu perusterveydenhuollossa. Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yliopistollisen terveyskeskuskonserktion ja Perttu-projektin yhteinen seminaari. Tampere. Stakes. Viitattu 31.10.2011 <http://www.uta.fi/laitokset/tsph/perttu/pdf/Perala.pdf>

Perälä, M. & Pelkonen, M. 2006. Hoitotyön suositukset osana näyttöön perustuvaa toimintaa. Sairaanhoitajalehti 12/2006.

Pitkälä, K. Savikko, N. & Routasalo, P. 2005. Asiakaslähtöisyys ja potilaskeskeisyys sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 10. 2005, 99 -113. Pitkälä, K., Savikko, N & Routasalo, P. Vanhustyönkeskusliitto Ry, Gummerus Kirjapaino, Saarijärvi.

Rajala, T. 2010. Turun terveystoimen pitkäaikaissairaanhoidon periaatteet. Turun sosiaali- ja terveystoimi. Pitkäaikaissairaanhoito. Viitattu 31.10.2011 <http://www.turku.fi/Public/?contentid=1183>

Rauste-von Wright, M., Wright, J. & Soini, T. 2003. Oppiminen ja koulutus. Helsinki. Werner Söderström Osakeyhtiö, WSOY.

Rees, J. , King, L. & Schmitz, K. 2009. Nurses' perceptions of Ethical Issues in the Care of Older People. Nursing Ethics Vol.16 No.4/2009, 436-452.

Routasalo, P. , Wagner, L. & Virtanen, H. 2004. Registered Nurses' perceptions of geriatric rehabilitation nursing in three Scandinavian countries. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Vol.18/2004, 220-228.

Ryhänen, A. 2005. Yksilövastusien hoitotyön toteutumisen seurantatutkimus operatiivisen hoitotyön alueella. Pohjois-Karjaolan sairaanhoitopiirin ky. Joensuu. Viitattu 11.11.2011. http://www.pkssk.fi/tieteellinen_kirjasto/isbn9529793375.pdf

Räihä, I. 2007. Ravitsemusongelmat. Teoksessa Vanhus potilaana – Terapia Fennica. Viitattu 14.9.2011. http://therapiefennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhus_potilaana

Räsänen, H. 2009. Magneettisairaalamallista vetoapua terveydenhuoltoon. Ajankohtaiskirjoitus. Viitattu 31.10.2011. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>

Sammalkorpi, K. 1999. Infektioiden torjunta pitkäaikaissairaanhoidossa. Teoksessa Infektioiden torjunta sairaalassa. Helsinki. Suomen kuntaliitto.

Sarvimäki, A. & Stenbock - Hult, B. Vanhuus, haavoittuvuus ja hoidon eettisyys. Teoksessa Vanhuus ja haavoittuvuus. Sarvimäki, A. ,Heimonen, S. & Mäki-Petälä-Leinonen, A.(toim.) 2010. Helsinki. Edita Prima, 33-58.

Sairaanhoitajaliitto 2004. Holhoustoimilaki ja aikuisen edunvalvonta. Viitattu 31.10.2011.
<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>

Scrivener, S. 2000. Reflexion in and on. Action in Creative-Production Doctoral Projects in Art and Design. The Foundations of Practice-Based research. Proceedings of the Research into practice Conference 2000.
<http://www.herts.ac.uk/artdes/research/papers/wpades/vol1/index.html>

Silfverberg, P. 1996. Ideasta projektiksi. Projektin vetäjän käsikirja. Helsinki. Oy Edita Ab.

Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi. Projektin vetäjän käsikirja. Viitattu 11.11.2011.
<http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>

Sorsa, M. 2002. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampere.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. STM. Sosiaali – ja terveyspalveluja koskeva lainsäädäntö. Viitattu 31.10.2011. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/lainsaadanto

Spencer, L. M. & Spencer, S. M. 1993. Competence at Work. Models for superior Performance. Canada: Library of Congress Cataloging in Publication Data.

Stenlund, H. 2001. Projektijohtamisen perusteet. Espoo. Promanet Oy.

Stewart, M. , Brown, J. , Weston, W. McWhinney, I. , McWilliam, C. & Freeman, T. 1995. Patient-centred medicine: transforming the clinical method. London: Sage.

STM 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Viitattu 14.9.2011.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihmisten_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf

Suhonen, R. , Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. 2009. The driving and restraining forces that promote and impede the implementation of individualized nursing care: a literature review. International Journal of Nursing Studies. Vol. 46 N:o 12/2009, 1637-49.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Sydänmaanlakka, P. 2004. Älykäs organisaatio. Helsinki: Talentum Media Oy

THL. 2009. Terveystiedon ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 11.11.2011.
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/93/>

Tynjälä, P. 1999. Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

Tynjälä, P. , Heikkinen, H. & Huttunen, R. 2006. Konstruktivistinen oppimiskäsitys oppimisen ohjaamisen perustana. Teoksessa Kalli, P. & Malinen, A. (toim.) Konstruktivismi ja realismi. Aikuiskasvatuksen 45. vuosikirja. Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen Tutkimusseura. Vantaa. Dark Oy, 20-48.

Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen vuosikertomus 2010, julkaisuja N:o 3/2010. Viitattu 31.10.2011 <http://www.turku.fi/Publuic/download.aspx?ID=135785>

van Dulmen, S. 2003. Patient-centredness. Patient Education and Counseling Vol. 51 No. 3/2003, 195 -196.

Valvanne, J. 2007. Toimintakyvyn heikkeneminen. Teoksessa Vanhus potilaana - Terapia Fennica. Kandidaattikustannus. Viitattu 24.10.2011.
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhus_potilaana

- Valvira 2011. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Potilaan keskeisimmät oikeudet. Viitattu 15.9.2011 http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilaan_oikeudet
- Viitala, R. 2008. Osaamisen kriittinen piste. Premissi Vol.4/2008, 6-8. Scanweb. Kouvola. 3.vuosikerta.
- Vilkka, h. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Winefield, H. , Murrell, T. , Clifford, J & Farmer, E. 1996. The research for reliable and valid measures of patient-centredness. Psychology and health. Vol. 11/1996, 811-824.
- VRN. 2010. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Viitattu 11.11.2011 <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>
- Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY
- Wright, B., Lockyer,J., Fidler, H. & Hofmeister, M. 2007. Roles and responsibilities of family physicians on geriatric health care teams. Health care team members' perspectives. Canada Family Physician 2007, Vol.53 No.11/2007, 1954-1955.
- Vsshp 2010. Sairaalahygienia- ja infektion torjuntayksikkö. Viitattu 24.10.2011 <http://www.vsshp.fi>
- Välimäki, M. & Lehtonen, J. 2002. Tietoon perustuvan suostumuksen ongelmia. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, Vol. 118 No.7/2002, 723-727.

LIITE 1. Ensimmäinen koulutuskerta

10.2.2011 AIKA	Koulutustapahtuma	TAVOITE	Metodi
Klo 13-13.05	Projektipäällikkö avaa	Luoda mukava ilmapiiri ja motivoida koulutukseen	PowerPoint-esitys
13.10-13.50	Hoitajien ammatillinen asenne iäkkään potilaan hoitamisessa	Hoitohenkilökunnan kouluttaminen, ohjaaminen ja tukeminen omaksumaan potilaskeskeisen hoitotyön periaatteita. Vuorovaikutus-, viestintä- ja sosiaalisten taitojen merkitys.	Keskustelu
13.30-13.40	lääkään potilaan toimintakyvyn arviointi	Hoitohenkilökunnan perehdyttäminen toimintakyvyn arviointiin ja konteksteihin	Keskustelu
13.40-13.50	lääkään potilaan hoidon tarpeen arviointi	Potilaiden hoitotyön laadun parantaminen kehittämällä toimintaa potilaiden tarpeita paremmin huomioon ottavaan suuntaan	Keskustelu
13.50-14.10	Yhteenveto: kirjallinen materiaali	Koota yhteen aihealue: sähköpostitse materiaali osastonhoitajan kautta hoitohenkilökunnalle	Osallistujien kommentteja. Pohdintaa, palaute
14.10-14.15	Päivän lopetus.	Mahdollisuus kysymysten esittämiseen, arviointi	Keskustelu

LIITE 2. Toinen koulutuskerta

17.2.2011 AIKA	Koulutustapahtuma	TAVOITE	Metodi
Klo 13-13.05	Projektipäällikkö avaa	Motivoida päivän aiheeseen ja keskusteluun	Powerpoint-esitys
13.05-13.25	lääkkään potilaan hoitotyön tavoite	Hoitotyön tavoite asetetaan, jokainen hoitaja tietää hoitotyön yhteydessä käytetyt käsitteet potilaskeskeisyydestä ja niistä keskustellaan potilaan kanssa	Keskustelu
13.25-13.45	lääkkään potilaan hoitaminen	Yksilölliset hoitosuunnitelmat laaditaan, potilaan toiveet otetaan huomioon	Keskustelu
13.45-14.05	lääkkään potilaan hoidon arviointi	Hoitajat arvioivat potilaan hoitoa, hoidon tavoitteen muutosta ja toimintakykyä sekä kotiutuessa omaisen voimavaroja ennen kotiutusta yhdessä potilaan/omaisen kanssa	Keskustelu
14.05-14.10	Yhteenveto: kirjallinen materiaali	Koota yhteen aihealue: sähköpostitse materiaali osastonhoitajan kautta hoitohenkilökunnalle	Osallistujien kommentteja. Pohdintaa, palaute
14.10-14.15	Päivän lopetus.	Mahdollisuus kysymysten esittämiseen, arviointi	Keskustelu

LIITE 3 Kolmas koulutuskerta

17.3.2011 AIKA	Koulutustapahtuma	TAVOITE	Metodi
Klo 13-13.05	Projektipäällikkö avaa	Motivoida päivän aiheeseen ja keskusteluun	PowerPoint-esitys (kyselyn tulokset)
Klo 13.05-13.25	Potilaskeskeisyys-osio	Näyttöön perustuvan tiedon tuominen potilaskeskeisyydestä keskustelun pohjaksi	PowerPoint-esitys Keskustelu
13.25-13.45	Potilaskeskeisyys-osio	Potilaskeskeisyyden ulottuvuudet- kuvio (Mead & Bowerin mukaan) ja sen selittäminen niin, että jokainen hoitaja ymmärtää, mitkä kaikki asiat vaikuttavat potilaskeskeisyyteen	PowerPoint-esitys Keskustelu
13.45-14.10	Yhteenveto: kirjallinen materiaali	Koota yhteen aihealue: sähköpostitse osastonhoitajan kautta hoitohenkilökunnalle	Osallistujien kommentteja Pohdintaa, palaute
14.10-14.15	Päivän lopetus.	Yhteenveto: motivointi kyselyyn vastaamiseen , arviointi	Mahdolliset kysymykset

LIITE 4. Neljäs koulutuskerta

22.3.2011 AIKA	Koulutustapahtuma/kertaus edellisistä kolmesta koulutuskerrasta	TAVOITE	Metodi
Klo 13-13.05	Projektipäällikkö avaa	Luoda mukava ilmapiiri ja motivoida koulutukseen ja toivottaa uudet hoitajat tervetulleiksi	PowerPoint-esitys(Koulutuksen tavoite, sisältö, toteutus ja arviointi)
13.10-13.20	Hoitajien ammatillinen asenne iäkkään potilaan hoitamisessa	Hoitohenkilökunnalle potilaskeskeisyyden periaatteet. Vuorovaikutus-, viestintä- ja sosiaalisten taitojen merkitys.	PowerPoint-esitys(kyselyn tulokset) Keskustelu
13.20-13.40	Iäkkään potilaan toimintakyvyn arviointi	Hoitohenkilökunnan perehdyttäminen toimintakyvyn arviointiin ja konteksteihin	PowerPoint-esitys(kyselyn tulokset) Keskustelu
13.40-13.50	Iäkkään potilaan hoidon tarpeen arviointi	Potilaiden hoitotyön laadun parantaminen kehittämällä toimintaa potilaiden tarpeita paremmin huomioon ottavaan suuntaan	PowerPoint-esitys(kyselyn tulokset) Keskustelu
13.50-14.00	Iäkkään potilaan hoitotyön tavoite	Hoitajat tietävät, mihin hoitotyön kehittämisellä pyritään ja mitä on yksilövastuinen hoitotyö.	PowerPoint-esitys(kyselyn tulokset) Keskustelu
14.00-14.10	Iäkkään potilaan hoitaminen	Hoitajien kollegiaalinen toiminta lisääntyy Vastuullisuuden selkiytyminen esim. sairaanhoitajan ja lähihoitajan työssä	PowerPoint-esitys(kyselyn tulokset) Keskustelu
14.10-14.20	Iäkkään potilaan hoidon arviointi	Hoitajat arvioivat potilaan hoitoa, hoidon tavoitteen muutosta, toimintakykyä ja omaisen voimavaroja ennen kotiutusta yhdessä potilaan/omaisen kanssa	PowerPoint-esitys(kyselyn tulokset) Keskustelu
14.20-14.30	Potilaskeskeisyys-osio	Jokainen hoitaja tietää, mitkä ovat potilaskeskeisen hoitotyön periaatteet. Koulutusmalli osastotunneille.	PowerPoint-esitys(kyselyn tulokset) Keskustelu
14.30-14.40	Yhteenveto: kirjallinen materiaali	Sähköpostitse materiaali hoitohenkilökunnalle	Osallistujien kommentteja.
14.40-14.50	Päivän lopetus.	Mahdollisuus kysymysten esittämiseen, arviointi	Keskustelu Pohdintaa, palaute

